

# Meldeformular -Vertraulich-

## Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung: .....

<b>Betroffene Person:</b> <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>          Geburtsdatum ...../...../..... <small>Tag Monat Jahr</small>  Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.	<b>bei impfpräventablen Krankheiten</b> <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: ..... Datum der letzten Impfung: ...../...../..... <small>Tag Monat Jahr</small> Impfstoff: .....
	<b>bei Tuberkulose, Hepatitis B und C</b> Geburtsstaat: ..... Staatsangehörigkeit: ..... Jahr der Einreise nach Deutschland: .....
	<b>Zugehörigkeit zur Bundeswehr</b> <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
<b>Meldende Person</b> <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod <input type="radio"/> Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 Datum der Verdachts-/Diagnose: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Infektionszeitpunkt/-raum: .....

### Klinische Informationen

Krankheit .....

Erreger, Typ: .....

Symptome (s. auch Rückseite): .....

### bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Behandlungsergebnis: .....

Serostatus: .....

### Epidemiologische Informationen

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)  tätig  betreut/untergebracht

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: ..... bis: .....  
 intensivmedizinische Behandlung von: ..... bis: .....

Name, Anschrift, Kontaktdaten der  
Einrichtung/ des Unternehmens:

in Einrichtungen und Unternehmen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG)  tätig  betreut/untergebracht

Schule  Kita  Heim  Obdachlosenunterkunft  
 JVA  Pflegeheim  sonst. Massenunterkünfte .....

im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)  tätig

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: **Ausbruchskennung:** .....

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen **Infektionsquelle/-umfeld** (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

(Auslands-)Aufenthalt von: ..... bis: ..... Ort/Bundesland .....  
 Staat .....

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate .....

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt  
(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

► unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden  
[\(https://tools.rki.de/PLZTool/\)](https://tools.rki.de/PLZTool/):  
(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		✓	✓	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Dampferation oder einer therapierefraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der <i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	✓	✓*	✓	<input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome jeder Schwere <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) <input type="checkbox"/> Kontakt mit einem bestätigten Fall *Meldepflicht auch bei Hospitalisierung
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	✓	✓	✓	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	✓	✓	✓	
Hepatitis, akute virale	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor
Masern	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber
Masernfolgeerkrankung		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Himddruckzeichen <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüse $\geq 2$ Tage <input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Oophoritis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche				$\geq 2$ Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Pest	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten <input type="checkbox"/> keine Sensibilitätsstörung
Röteln	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal ( <input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag, <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Tollwut	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle <input type="checkbox"/> Schluckmuskulatur <input type="checkbox"/> Hydrophobie (Wasserscheu)
Tollwutexposition				Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Typhus abdominalis/Paratyphus	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o. Pusteln.
Zoonotische Influenza	✓	✓	✓	Bitte gesonderten <a href="#">Meldebogen</a> nutzen
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	✓	✓		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	✓	✓	✓	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	✓			Bitte gesonderten <a href="#">Meldebogen</a> des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen