

Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

Geschlecht: weiblich männlich divers  
geb. am: \_\_\_\_\_

Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):  
Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)

Verdacht  
 Klinische Diagnose  
 Tod Todesdatum: \_\_\_\_\_  
Erkrankungsbeginn: \_\_\_\_\_  
Diagnosedatum: \_\_\_\_\_  
Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung:  
 Geimpft, Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
Impfstoff: \_\_\_\_\_  
 Nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten

**Botulismus**  
 Lebensmittelbedingter Botulismus  
 Wundbotulismus  
 Säuglingsbotulismus

**Cholera**

**Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform**  
 stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion  
 Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation  
 Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis  
 Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI

Nachweis:  
Toxin:  A  B  
aus:  Stuhl oder  Isolat  
als:  Toxin oder  Toxin-Gen (PCR)  
 Histologischer Nachweis  
 Endoskopischer Nachweis

**Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)**  
 Halsschmerzen/-entzündung  
 Husten  
 Pneumonie (Lungenentzündung)  
 Schnupfen  
 akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)  
 **beatmungspflichtige Atemwegserkrankung**  
 Dyspnoe (Atemstörung)  
 Fieber  
 Geruchs- und/oder Geschmacksverlust

**Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Form)

**Diphtherie**  
 Hautdiphtherie  
 Respiratorische Diphtherie

**Hepatitis, akute virale, Typ:** \_\_\_\_\_  
 Fieber  
 Ikterus (Gelbsucht)  
 Oberbauchbeschwerden  
 erhöhte Serumtransaminasen

**HUS** (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)  
 Anämie, hämolytische  
 Thrombozytopenie  
 Nierenfunktionsstörung  
 ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS

**Keuchhusten (Pertussis)**  
 Husten (mind. 2 Wochen Dauer)  
 Inspiratorischer Stridor  
 Erbrechen nach den Hustenanfällen  
**Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr**  
 Husten  Apnoen

**Masern (akut) Exanthembeginn:** \_\_\_\_\_  
 Fieber  
 Husten  
 generalisierter Ausschlag (makulopapulös)  
 Katarrh (wässriger Schnupfen)  
 Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)

**Masern (Folgeerkrankung)**  
 subakute sklerosierende Panenzephalitis

**Meningokokken, invasive Erkrankung**  
 septisches Krankheitsbild  
 Purpura fulminans  
 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom  
 Ekchymosen  
 Fieber  
 Herz-/Kreislaufversagen  
 Hirndruckzeichen  
 Pneumonie  
 makulopapulöses Exanthem  
 meningeale Zeichen  
 Petechien

**Milzbrand**

**Mumps**  
 Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)  
 Hoden- bzw. Eierstockentzündung  
 Enzephalitis  Fieber  
 Hörverlust  Meningitis  
 Pankreatitis

**Orthopocken**  
 Fieber  Hautausschlag  
 Hautläsion  Schleimhautläsion  
 Lymphknotenschwellung

**Paratyphus**

**Pest**

**Poliomyelitis** (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)

**Röteln (konnatal)**

**Röteln (postnatal) Exanthembeginn:** \_\_\_\_\_  
 Generalisierter Ausschlag Lymphadenopathie im Kopf-  
 Arthritis/Arthralgien Hals-Nackengebiet  
 Frühgeburt oder Geburt eines Fehlbildgeburt  
eines Kindes mit Embryopathie  
**Scabies (Krätze)**

**Tollwut**  **Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs.1 Nr. 4 IfSG)

**Typhus abdominalis**

**Tuberkulose**

Erkrankung/Tod an einer **behandlungsbedürftigen** Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis  
 Therapieabbruch/-verweigerung (§6 Abs. 2 IfSG)

**Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)**

Erreger (falls bekannt): \_\_\_\_\_

**Windpocken (nicht Gürtelrose)**

Ausschlag an (Schleim-) Haut mit **gleichzeitig vorhandenen** Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)  
 Ausschlag an (Schleim-) Haut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln

**Influenza, zoonotisch**

bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen

**Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**

bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben  
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang

Erreger (falls bekannt): \_\_\_\_\_

**Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**

Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist

**Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)**

Erkrankung / Erreger: \_\_\_\_\_

### Epidemiologische Situation

Patient/in ist **tätig**:

im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)  
 im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)  
 in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)

Patient/in wird **betreut** oder ist **untergebracht** in

Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe)  
 stationärer / teilstationärer Pflegeeinrichtung seit: \_\_\_\_\_  
 anderer Einrichtung nach §36 IfSG (z.B. JVA, Unterkunft für Asylsuchende, Obdachlosenunterkunft) seit: \_\_\_\_\_  
Patient/in ist aktuell/war  **hospitalisiert** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 **in intensivmedizinischer Behandlung** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Einrichtung** (Name, Ort, Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

Wahrscheinliche **Infektionsquelle**: \_\_\_\_\_ **Aufenthaltsort(e)** in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land): \_\_\_\_\_

Derzeitiger **Aufenthaltsort** (falls abweichend von Anschrift): \_\_\_\_\_

Bei **HBV, HCV und Tuberkulose**: Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsstaat: \_\_\_\_\_ Ggf. Jahr der Einreise: \_\_\_\_\_

### ► unverzüglich zu melden an

Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<sup>1</sup>  
**Name, Ort, Telefonnr. des Labors:** \_\_\_\_\_

**Probenentnahme** am: \_\_\_\_\_

### Meldende Person

(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.

