

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): _____ Geschlecht: weibl. männl.

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

-Vertraulich-

- Verdacht
- Klinische Diagnose
- Tod Todesdatum:

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:
Gegen diese Krankheit

Geimpft Nicht geimpft

Datum (letzte Impfung):

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

- | | | |
|---|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Botulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Cholera</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform</p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion</p> <p><input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis</p> <p><input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridium-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Formen)</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtherie</p> <p><input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral</p> <p>Erreger, falls bekannt:</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ:</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte</p> <p><input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)</p> <p><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie</p> <p><input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)</p> <p><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)</p> <p><input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten</p> <p><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor</p> <p><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen</p> <p><input type="checkbox"/> NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen</p> | <p><input type="checkbox"/> Masern</p> <p><input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Konjunktivitis</p> <p><input type="checkbox"/> Husten</p> <p><input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen</p> <p><input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Petechien</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild</p> <p><input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen</p> <p><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Milzbrand</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps</p> <p><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n)</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Hörverlust</p> <p><input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis</p> <p><input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung)</p> <p><input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzündung)</p> <p><input type="checkbox"/> Pankreatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Paratyphus</p> <p><input type="checkbox"/> Pest</p> <p><input type="checkbox"/> Poliomyelitis</p> <p>Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln</p> <p><input type="checkbox"/> Exanthem</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien</p> <p><input type="checkbox"/> Rötelnembryopathie</p> <p><input type="checkbox"/> Tollwut</p> <p><input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis</p> | <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)</p> <p><input type="checkbox"/> Zoonotische Influenza (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)</p> <p><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</p> <p><input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder</p> <p><input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang</p> <p>Erreger, falls bekannt:</p> <p><input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit</p> <p><input type="checkbox"/> durch eine bedrohliche andere Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)</p> <p>Art der Erkrankung / Erreger:</p> |
|---|---|---|

Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig**, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
- Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: Name/Ort der Einrichtung:
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): von: bis:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
- Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾
- Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße
Amt für Gesundheit und Soziales
Arzheimer Str. 1
76829 Landau

Tel. 06341/940-622 und Fax 940-512

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person
(ArztIn/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

.....

1) Telefonnummer und Impfstatus der PatientIn/des Patienten bei Einverständnis der PatientIn/des Patienten bitte eintragen.
 2) Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).
 3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.