

Patient (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon (bitte eintragen): \_\_\_\_\_

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

- Verdacht** Erkrankungsdatum<sup>1)</sup>: .....
- Klinische Diagnose** Diagnosedatum<sup>1)</sup>: .....
- Tod, Todesdatum:** ..... Datum der Meldung: .....

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**  
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
- Hepatitis, akute virale; Typ<sup>2)</sup>:** .....
- Fieber
- Ikterus
- Oberbauchbeschwerden
- Lebertransaminasen, erhöhte
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Thrombozytopenie
- Anämie, hämolytische
- Nierenfunktionsstörung
- Masern**
- Fieber
- Exanthem
- Husten
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis
- Kopliksche Flecken
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**

- Mumps**
- Enzephalitis  Oophoritis (Eierstockentz.)
- Fieber  Orchitis (Hodenentz.)
- Hörverlust  Pankreatitis
- Meningitis  Geschw. Speicheldrüse(n)
- Milzbrand**
- Paratyphus**
- Pertussis**
- Erbrechen nach den Hustenanfällen
- Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- Anfallweise auftretender Husten
- Inspiratorischer Stridor
- NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen
- Pest**
- Poliomyelitis**  
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)**
- Arthritis/Arthralgien
- Generalisierter Ausschlag
- Lymphadenopathie
- Röteln (konnatal)**
- Tollwut**
- Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)

- Typhus abdominalis**
- Tuberkulose**
- Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
- Therapieabbruch/-verweigerung
- Windpocken**
- Spezifischer Hautausschlag
- Unspezifischer Hautausschlag, kompatibel mit Windpocken
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
- a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
- b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem/vermutetem epidemischen Zusammenhang
- Erreger<sup>2)</sup>:** .....
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist
- Bedrohliche andere Krankheit**  
.....
- Häufung anderer Erkrankungen**  
2 o. mehr Fälle mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemischen Zusammenhang mit Gefährdung für die Allgemeinheit
- Art der Erkrankung / Erreger: <sup>2)</sup>**  
.....

### 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: .....
- Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
Erreger, Ausbruchsort- und zeitraum, Exposition: .....

Name / Ort der Einrichtung:

.....

.....

.....

### Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

- Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Aktivität): .....
- Auslandsaufenthalt von: ..... bis: ..... Land: .....
- Aufenthalt in anderem Kreis von: ..... bis: ..... Kreis: .....
- Blut-/ Organ- / Gewebespende in den letzten 6 Monaten
- Bei Tuberkulose: Geburtsland: ..... Staatsangehörigkeit: .....

### Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

- Geimpft, Anzahl Impfdosen: ..... Datum der letzten Impfung: .....
- Impfstatus unbekannt  nicht geimpft

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Gesundheitsamt Emden**  
Ysaac-Brons-Straße 16  
26721 Emden

Fax: 04921 – 87 1679

- Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>3)</sup>
- Name/Ort/Telefonnummer des Labors:  
.....
- .....
- Probenahme am: .....

Meldende Person/Einrichtung  
(Arzt/In/Praxis/Krankenhaus: Adresse, Telefonnummer):  
.....

<sup>1)</sup> wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. <sup>2)</sup> falls bekannt

<sup>3)</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)