

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Telefon¹⁾:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum:

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:

Gegen diese Krankheit

- Geimpft** **Nicht geimpft**

Datum (letzte Impfung):

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

- Botulismus**
- Cholera**
- Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform**
 - Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion
 - Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
 - Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis
 - Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der *Clostridium-difficile*-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, viral**
Erreger, falls bekannt:
- Hepatitis, akute virale; Typ:**
 Fieber Lebertransaminasen, erhöhte
 Ikterus Oberbauchbeschwerden
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
 Anämie, hämolytische
 Nierenfunktionsstörung
 Thrombozytopenie
- Keuchhusten (Pertussis)**
 Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 Anfallsweise auftretender Husten
 Inspiratorischer Stridor
 Erbrechen nach den Hustenanfällen
 NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen

- Masern**
 Exanthem Katarrh (wässriger Schnupfen)
 Fieber Konjunktivitis
 Husten
- Meningokokken, invasive Erkrankung**
 Ekchymosen Meningeale Zeichen
 Exanthem Petechien
 Fieber Septisches Krankheitsbild
 Herz-/Kreislaufversagen
 Hirndruckzeichen
 Lungenentzündung
- Milzbrand**
- Mumps**
 Geschwollene Speicheldrüse(n)
 Fieber
 Hörverlust
 Meningitis/Enzephalitis
 Orchitis (Hodenentzündung)
 Oophoritis (Eierstockentzündung)
 Pankreatitis
- Paratyphus**
- Pest**
- Poliomyelitis**
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln**
 Exanthem
 Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
 Arthritis/Arthralgien
 Rötelnembryopathie
- 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)
- Windpocken (Varizellen)**
- Zoonotische Influenza** (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung** (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
 bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Erreger, falls bekannt:
- Gefahr für die Allgemeinheit**
 durch eine bedrohliche andere Krankheit
 Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)

Art der Erkrankung / Erreger:

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:

Landratsamt Passau
Gesundheitsamt
Passauer Str. 33
94081 Fürstenzell

FAX 0851 397-904801

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 Labornausschlusskennziffer 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.