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

geb. am:

Telefon:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ Verdacht
☐ Klinische Diagnose
☐ Tod, Todesdatum: ……

Erkrankungsdatum[1]: .....
Diagnosedatum[1]: .....
Datum der Meldung: .....

☐ Botulismus

☐ Cholera

☐ Clostridium difficile Infektion (schwerer Verlauf)
- ☐ Stationäre Aufnahme aufgrund einer ambulant erworbenen Infektion
- ☐ Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation
- ☐ Chirugischer Eingriff (z.B. Kolektomie)
- ☐ Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung
- ☐ pseudomembranöse Kolitis (endoskop.)

☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
(außer familiär-hereditären Formen)

☐ Diphtherie
- ☐ Respiratorische Diphtherie
- ☐ Hautdiphtherie

☐ Hämorrhagisches Fieber, viral
Erreger[2]: ……

☐ Hepatitis, akut viral; Typ [2]: .....
- ☐ Fieber ☐ Ikterus
- ☐ Oberbauchbeschwerden
- ☐ Serumtransaminasen, erhöhte

☐ HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie

☐ Masern
- ☐ Fieber ☐ Exanthem
- ☐ Husten ☐ Konjunktivitis
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)

☐ Meningokokken-Meningitis/-Sepsis
- ☐ Septisches Krankheitsbild
- ☐ Purpura fulminans ☐ W-F-Syndrom
- ☐ Fieber ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Lungenentzündung ☐ Exanthem
- ☐ Haut-/Schleimhauteinblutungen

☐ Milzbrand

☐ Mumps
- ☐ Geschw. Speicheldrüse(n)
- ☐ Fieber ☐ Hörverlust
- ☐ Orchitis ☐ Oophoritis
- ☐ Meningitis/Enzephalitis ☐ Pankreatitis

☐ Paratyphus

☐ Pertussis (Keuchhusten)
- ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- ☐ Anfallsweise auftretender Husten
- ☐ Inspiratorischer Stridor
- ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen
- ☐ NUR bei Kindern<1 Jahr: Husten UND Apnoen

☐ Pest

☐ Poliomyelitis

☐ Röteln
- ☐ Postnatal ☐ 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 (§ 6 Abs. 2 IfSG)

☐ Windpocken (NICHT Gürtelrose)
- ☐ Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“)

☐ Zoonotische Influenza
(RKI-Empfehlungen beachten, gesonderter Meldebogen)

☐ Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.

☐ 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 wahrscheinl./ vermutetem epidemischen Zusammenhang

Erreger [2]: .....

☐ Gefahr für die Allgemeinheit (§ 6 Abs.1 Nr. 5 IfSG)
- ☐ Bedrohliche andere Krankheit
- ☐ Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinl. / vermutetem epidemischen Zusammenhang)

Art der Erkrankung / Erreger: [2]
.....

☐ Gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen
(gemäß § 6 Abs. 3 IfSG)

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:
.....
.....
.....

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

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, 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: ……

☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt

▶ unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Aurich
Extumer Weg 29
26603 Aurich

Tel.: 04941 / 16-5300
Fax.: 04941 / 16-5349

☐ Es wurde ein Labor /eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt[3]

Name/Ort/Telefonnummer des Labors:
.....
.....

Probenahme am: ……

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

[1] wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. [2] falls bekannt
[3] Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 – 30449 Hannover – www.nlga.niedersachsen.de
Version 2016-06-21