

# Meldeformular - vertraulich -

## Meldepflichtige Erkrankungen gemäß §§ 6, 8 und 9 Infektionsschutzgesetz

### Angaben zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  
Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort / Telefonnummer  
Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer / PLZ / Aufenthaltsort / Telefonnummer

<input type="checkbox"/> <b>Krankheitsverdacht</b>	<input type="checkbox"/> <b>Erkrankung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tod, am:</b> _____
<b>Erkrankungsdatum<sup>1</sup>:</b> _____	<b>Diagnosedatum<sup>1</sup>:</b> _____	<b>Meldedatum:</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>Botulismus</b>	<input type="checkbox"/> <b>Influenza, zoonotisch</b>	<input type="checkbox"/> <b>Varizellen (Windpocken)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cholera</b>	<input type="checkbox"/> <b>Masern</b> <input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Exanthem	<input type="checkbox"/> <b>Bedrohliche andere Krankheit</b> <b>Art der Erkrankung / Erreger<sup>2</sup></b> _____
<input type="checkbox"/> <b>Clostridium difficile Infektion (Erkrankung / Tod) mit schwerem Verlauf. Kriterien:</b> <input type="checkbox"/> Aufnahme in eine medizinische Einrichtung zur Behandlung einer ambulant erworbenen CDAD und / oder <input type="checkbox"/> Verlegung auf Intensivstation zur Behandlung der CDAD oder ihrer Komplikationen und / oder <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff wg. Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis und / oder <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30Tage nach Feststellung der CD-Infektion, wenn Infektion als Ursache bzw. zum Tode beitragende Erkrankung gewertet wird.	<input type="checkbox"/> <b>Meningokokken-Meningitis/-Sepsis</b> <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend	<input type="checkbox"/> <b>Häufung anderer Erkrankungen</b> (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit <b>Art der Erkrankung / Erreger<sup>2</sup></b> _____
<input type="checkbox"/> <b>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK</b> <small>(außer familiär-hereditären Formen)</small>	<input type="checkbox"/> <b>Milzbrand</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung o. akute infektiöse Gastroenteritis</b> <input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben <input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang
<input type="checkbox"/> <b>Diphtherie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mumps</b>	<input type="checkbox"/> <b>Gesundheitliche Schädigung nach Impfung</b> <small>(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)</small>
<input type="checkbox"/> <b>Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pertussis (Keuchhusten)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Hepatitis, akute virale</b> <b>Typ<sup>2</sup>:</b> ..... <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> <b>Paratyphus</b>	
<input type="checkbox"/> <b>HUS (Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)</b> <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische	<input type="checkbox"/> <b>Poliomyelitis</b> <small>Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt</small>	
	<input type="checkbox"/> <b>Pest</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Röteln</b> ( <input type="checkbox"/> postnatal <input type="checkbox"/> konnatal)	
	<input type="checkbox"/> <b>Tollwut</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Tollwutexposition, mögliche</b> (§6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)	
	<input type="checkbox"/> <b>Typhus abdominalis</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Tuberkulose</b> <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung	

### 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: .....  
 Patient/in war im Ausland von: ..... bis: ..... Land/Länder: .....  
 Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird. **Dann zusätzlich unverzüglich telefonische Meldung an das Gesundheitsamt erforderlich!**)  
 Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt <sup>4)</sup>  
Name / Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

**Unverzügliche Meldung an**  
Landkreis Marburg-Biedenkopf  
Fachbereich Gesundheitsamt  
Schwanallee 23 - 35037 Marburg  
Telefon:06421/405-40  
Fax: 06421/405-4161

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

<sup>1)</sup> Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben; <sup>2)</sup> falls bekannt <sup>3)</sup> Krankheitsverdacht nur meldepflichtig, wenn durch klinisches Bild und wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet; <sup>4)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)