

# Meldeformular

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

wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt

Aktenzeichen: ...../...../.....

Eingangsdatum: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Tag Monat Jahr

**Meldende Person / Einrichtung:**

.....  
 Name der Einrichtung

.....  
 Straße und Hausnummer

|\_|\_|\_|\_|\_| .....  
 PLZ Ort

Datum: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| .....  
Tag Monat Jahr Telefonnummer

.....  
 Name der/s Meldenden                      Unterschrift der/s Meldenden  
 (Druckbuchstaben)

**Vertraulich**

**Landratsamt Haßberge**  
**-Gesundheitsamt-**  
 Zwerchmaingasse 14  
 97437 Haßfurt

Tel: 09521-27400  
 Fax: 09521-27406  
 Email: gesundheitsamt@landratsamt-hassberge.de

**Patient/in:**     Männlich     Weiblich

→ ggf. Platz für Patientenaufkleber →

.....  
 Name

.....  
 Vorname

Geburtsdatum: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: .....  
 Straße und Hausnummer

|\_|\_|\_|\_|\_| .....  
 PLZ Ort

Telefonnummer: .....  
 der/des Patientin/en    freiwillige Angabe (für Rückfragen des Gesundheitsamtes)

Nationalität /  
 Staatsangehörigkeit: .....  
 nur bei Tuberkulose angeben

Geburtsort / -Staat: .....  
 nur bei Tuberkulose angeben

derzeitiger Aufenthaltsort \*,  
 falls abweichend: .....  
 Straße und Hausnummer

|\_|\_|\_|\_|\_| .....  
 PLZ Ort

**Meldepflichtige Krankheit** (Bitte entsprechend Verdacht [V], Erkrankung [E] oder Tod [T] ankreuzen)

Erkrankung	V	E	T	Bemerkungen
Botulismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!!
Cholera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!!
Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!!
Humane spongiforme Enzephalopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	außer familiär-hereditärer Formen
Virus Hepatitis, akute (Virus unbekannt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis A, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis B, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis C, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis D, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis E, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Erkrankung	V	E	T	Bemerkungen
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisches (HUS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!!
Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meningokokken-Meningitis/-Sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Milzbrand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!!
Poliomyelitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	als Verdacht gilt jede schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
Pest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!!
Typhus abdominalis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Tollwut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	auch die Verletzung durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Tuberkulose	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meldung auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis, wenn vollständige Antituberkulotika-Therapie indiziert
Mikrobiell bedingte Lebensmittel-vergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	!!! nur, wenn entweder bei ≥ 2 Erkrankungen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist <b>oder</b> eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist (§ 42 Abs. 1 IfSG) <b>Erregername</b> (falls bekannt): .....
Andere bedrohliche Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	!!! wenn Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen <b>Erregername</b> (falls bekannt): .....
Erkrankungshäufungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird <b>Erregername</b> (falls bekannt): .....
Impfschaden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist, erhoben
Influenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Der Verdacht auf eine meldepflichtige Krankheit hat sich nicht bestätigt**

○ : bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend                      ● : diese Meldung ist laut §§ 6, 8, 9 IfSG nicht vorgesehen  
 \* : falls Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege, siehe Seite 2  
 !!! : unverzüglich das Gesundheitsamt vorab telefonisch informieren

Name der/s Patientin/Patienten  
(bitte ausfüllen, falls mehrseitig z.B. als Fax versandt)

Vorname der/s Patientin/Patienten

geb.: | | / | | / | | | |  
Tag Monat Jahr

**Symptome / Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird**

(bitte die wichtigsten Symptome einzeln aufzählen):

Tag der Erkrankung<sup>1</sup>: | | / | | / | | | |       Tag der Diagnose<sup>1</sup>: | | / | | / | | | |  
Tag Monat Jahr       ersatzweise Tag Monat Jahr  
erster Arztbesuch

falls verstorben: Todestag: | | / | | / | | | |       unbekannt  
Tag Monat Jahr

**Wahrscheinliche Infektionsquelle:**

Lebensmittel     Kontaktperson     Tierkontakt     sonstiges: .....

Blut- / Organ- / Gewebespende

nähere Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle:

Staat: ..... Bundesland: ..... Ort: .....

**Aufenthalt in einem Krankenhaus / anderer Einrichtung der stationären Pflege** (soweit bekannt):

Nein     Ja     unbekannt    Wenn ja, Art der Einrichtung:     Krankenhaus     Krankenhaus     Pflegeheim

Name der Einrichtung ..... Abteilung ..... Station .....

Straße und Hausnummer ..... PLZ ..... Ort .....

Aufnahme am: | | / | | / | | | |      Entlassung am: | | / | | / | | | |  
Tag Monat Jahr      Tag Monat Jahr

Nosokomiale Infektion:     Ja     Nein     unbekannt

**Impfstatus** in Bezug auf gemeldete Erkrankung, gegen die Impfstoffe zur Verfügung stehen oder standen:

nicht geimpft     Impfstatus nicht bekannt     geimpft    Anzahl der erhaltenen Impfdosen: | |

Letzte Impfung: | | / | | / | | | |      Hersteller (bei Impfwischenfällen) ..... Chargennummer (bei Impfwischenfällen) .....

**Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich** (Mehrfachnennungen möglich):

- Tätigkeit des / der Erkrankten in medizinischen Bereichen
- Tätigkeit des / der Erkrankten in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 36 Abs. 1 oder 2 IfSG)  
(z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte)
- Tätigkeit des / der Erkrankten im Lebensmittelbereich (§ 42 Abs. 1 IfSG)  
(nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera)
- Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (§ 33 IfSG) (z.B. Kinderkrippe, Hort, Schule)

Name der Einrichtung ..... Straße und Hausnummer ..... PLZ ..... Ort ..... Telefon .....

Name der Einrichtung ..... Straße und Hausnummer ..... PLZ ..... Ort ..... Telefon .....

**Labor / Untersuchungsstelle, das / die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde:**

Untersuchungsmaterial:     Stuhl     Urin     Blut     Liquor      Entnahmedatum des | | / | | / | | | |  
Untersuchungsmaterials Tag Monat Jahr

sonstiges: .....

Name der Untersuchungsstelle / des Labormediziners ..... Telefon ..... Fax .....

Straße und Hausnummer ..... PLZ ..... Ort .....

: bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend

<sup>1</sup> : wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Aktenzeichen: ...../...../.....  
wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt: