

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

geb.

Telefon¹⁾:

¹⁾Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

Arzt-Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verdacht | Erkrankungsdatum ¹⁾ : |
| <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose | Diagnosedatum ¹⁾ : |
| <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum: | Datum der Meldung: |

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden

- Botulismus
- Cholera
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt
- Hepatitis, akute virale; Typ²⁾:
- Ikterus
 - Oberbauchbeschwerden
 - Lebertransaminasen, erhöhte
 - Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
 - Nierenfunktionsstörung
 - Thrombozytopenie
 - Anämie, hämolytische
- Masern
 - Husten
 - Katarrh (wässriger Schnupfen)
 - Konjunktivitis
 - Kopliksche Flecken
 - Fieber
 - Exanthem
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis
 - Fieber
 - Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
 - Hirndruckzeichen
 - Meningeale Zeichen
 - Kreislaufversagen, rasch einsetzend

- Milzbrand
- Mumps
 - Fieber
 - geschwollene Speicheldrüse(n)
 - Meningitis
 - Enzephalitis
 - Hörverlust
 - Orchitis (Hodenentzündung)
 - Oophoritis (Eierstockentzündung)
 - Pankreatitis
- Paratyphus
- Pertussis
 - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 - Anfallsweise auftretender Husten
 - Inspiratorischer Stridor
 - Erbrechen nach den Hustenanfällen
 - NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen
- Pest
- Poliomyelitis
 - Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)
 - Generalisierter Ausschlag
 - Lymphadenopathie
 - Arthritis/Arthralgien
- Röteln (konnatal)
- 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
 - 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 epidemischem Zusammenhang
- Erreger**.....
-
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
 - Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist
 - Bedrohliche andere Krankheit
 -
 -
 - Häufung anderer Erkrankungen
 - (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit
- 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:
- Patient/in war im Ausland von: bis: Land/Länder:
- Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)**
Erregername, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition etc.:

Name / Ort der Einrichtung:

.....

.....

.....

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:

- Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt³⁾
- Name/Ort/Telefonnummer des Labors:
-
-
-

Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.):

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