

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

geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

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

Todesdatum: .....

<sup>1)</sup> Telefonnummer bitte eintragen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Botulismus</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Paratyphus</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cholera</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Poliomyelitis</b><br><small>Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt</small>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK</b><br><small>(außer familiär-hereditären Formen)</small> | <input type="checkbox"/> <b>Pest</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diphtherie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Tollwut</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Tollwutexposition, mögliche</b> (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis, akute virale; Typ<sup>2)</sup>:</b> .....   | <input type="checkbox"/> <b>Typhus abdominalis</b>  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ikterus  | <input type="checkbox"/> <b>Tuberkulose</b>   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden   | <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte  | <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fieber   | <input type="checkbox"/> <b>Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)</b>   | <input type="checkbox"/> <b>a)</b> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Durchfall  | <input type="checkbox"/> <b>b)</b> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlicherem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen   | <input type="checkbox"/> <b>Erreger<sup>2)</sup>:</b> .....   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erbrechen  | <input type="checkbox"/> <b>Gesundheitliche Schädigung nach Impfung</b><br><small>(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)</small>     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung   | <input type="checkbox"/> <b>Bedrohliche andere Krankheit</b><br>.....   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie   | <input type="checkbox"/> <b>Häufung anderer Erkrankungen</b><br><small>(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlicherem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang mit Gefährdung für die Allgemeinheit)</small> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische   | <input type="checkbox"/> <b>Art der Erkrankung / Erreger<sup>2)</sup>:</b><br>.....   |
| <input type="checkbox"/> <b>Masern</b>   | <small><sup>2)</sup> falls bekannt</small>  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik  |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)  |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konjunktivitis   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fieber   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exanthem   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Meningokokken-Meningitis/-Sepsis</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fieber   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen                                     |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen   |   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Milzbrand</b>  |   |

### 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): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt <sup>3)</sup>
- Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Wetteraukreis  
 Fachdienst Gesundheit  
 Gebäude B  
 Europaplatz  
 61169 Friedberg  
 Fax.: 0 60 31/83-23 10**

**Erkrankungsdatum<sup>4)</sup>:**

.....

**Diagnosedatum<sup>4)</sup>:**

.....

**Datum der Meldung:**

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

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

<sup>3)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).  
<sup>4)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.