**Meldeformular** -Vertraulich- Datum der Meldung: …........................

**Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG**

**Meldende Person**

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))

🔿 **Verdacht** 🔿 **Klinische Diagnose** 🔿 **Tod**

🔿 **Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19**

Datum der Verdachts-/Diagnose: …../….../……(Tag/Monat/Jahr)

Erkrankungsbeginn: …../…..…/……(Tag/Monat/Jahr)

Todesdatum: …../…..…/…… (Tag/Monat/Jahr)

Infektionszeitpunkt/-raum: …………………………………………….

**bei Tuberkulose, Hepatitis B und C**

Geburtsstaat:......................................................................................

Staatsangehörigkeit: .........................................................................

Jahr der Einreise nach Deutschland: …………………………………..

**Betroffene Person:** 🔿weiblich 🔿 männlich 🔿divers

(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Geburtsdatum ……/……./……

 Tag Monat Jahr

Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.

**Zugehörigkeit zur Bundeswehr**

🔿 Soldat/Bundeswehrangehöriger

🔿 Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)

**bei impfpräventablen Krankheiten**

🔿 geimpft 🔿 nicht geimpft 🔿 Impfstatus unbekannt

Anzahl der Dosen: ……Datum der letzten Impfung: ……/…../………

 Tag Monat Jahr

Impfstoff: …………………………………………………………………………………………

**Klinische Informationen**

Krankheit: …………………………………………………………………………………...

Erreger, Typ: ……………………………………………………………………………….

Symptome (s. auch Rückseite): …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)**

Behandlungsergebnis: …………………………………

………………………………………………………………

Serostatus: ………………………………………………….

**Epidemiologische Informationen**

Betroffene Person ist

 im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht**

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: ………………………. bis: ……………………….

intensivmedizinische Behandlung von: ………………………. bis: ……………………….

 in Einrichtungen und Unternehmen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG) 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht**

🔿 Schule 🔿 Kita 🔿 Heim 🔿 Obdachlosenunterkunft

🔿 JVA 🔿 Pflegeheim 🔿 sonst. Massenunterkünfte …………………….…………………

 im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) 🔿 **tätig**

🔿 Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: Ausbruchskennung: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen **Infektionsquelle /-umfeld** (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Auslands-)**Aufenthalt** von: ………………………. bis: ………………………. Ort/Bundesland …………………………………………………………

Staat: ……………………………………………………………………

🔿 Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate ……………………………………………………………………………………….

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

…………………….…………………

…………………….…………………

…………………….…………………

**unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden (**[**https://tools.rki.de/PLZTool/**](https://tools.rki.de/PLZTool/)**):**

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

🔿 **Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt**

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Datum der Probenentnahme: ………/…………./………….

 Tag Monat Jahr

Version 01.07.2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankheiten** | Verdacht | Erkrankung | Tod | Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen |
| Botulismus | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Lebensmittelbedingt
 | * Wundbotulismus
 | * Säuglingsbotulismus
 |
| Cholera | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Durchfall
 | * Erbrechen
 |
| *Clostridioides-difficile*-Infektion, schwere Verlaufsform |  | 🗸 | 🗸 | * Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion
* Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
* Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis
* Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der *Clostridioides–difficile*-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
 |
| Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) | 🗸 | 🗸\* | 🗸 | * Akute respiratorische Symptome jeder Schwere
* Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten)
* Kontakt mit einem bestätigten Fall

\*Meldepflicht auch bei Hospitalisierung |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK | 🗸 | 🗸 | 🗸 | Außer familiär-hereditäre Formen |
| Diphtherie | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Respiratorische Diphtherie
 | * Hautdiphtherie
 |
| Hämorrhagisches Fieber, viral | 🗸 | 🗸 | 🗸 |  |
| Hepatitis, akute virale | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Fieber
* Lebertransaminasen, erhöhte
 | * Ikterus
* Oberbauchbeschwerden
 |
| HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)) | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Anämie, hämolytische
* Nierenfunktionsstörung
 | * Thrombozytopenie
 |
| Keuchhusten (Pertussis) | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
* Anfallsweise auftretender Husten
* Inspiratorischer Stridor
 | * Erbrechen nach den Hustenanfällen
* nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen
 |
| Masern | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Exanthem
* Husten
* Fieber
 | * Konjunktivitis
* Katarrh (wässriger Schnupfen)
 |
| Masernfolgeerkrankung |  | 🗸 | 🗸 | Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis |
| Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Ekchymosen
* Herz-/Kreislaufversagen
* Exanthem
* Meningeale Zeichen
* Hirndruckzeichen
* Lungenentzündung
 | * Petechien
* Septisches Krankheitsbild
* Fieber
* Purpura fulminans
* Waterhouse-Friderichsen-Sydrom
 |
| Milzbrand | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Darmmilzbrand
* Hautmilzbrand
* Injektionsmilzbrand
 | * Lungenmilzbrand
* Milzbrandmeningitis
* Milzbrandsepsis
 |
| Mumps | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * geschwollene Speicheldrüse ≥2Tage
* Fieber
* Hörverlust
* Meningitis oder Enzephalitis
 | * Orchitis
* Oophoritis
* Pankreatitis
 |
| Nosokomiale Ausbrüche |  | ≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang |
| Pest | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Lungenpest
* Beulenpest
 | * Pestsepsis
* Pestmeningitis
 |
| Poliomyelitis | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Fieber
* akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten
* verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten
* keine Sensibilitätsstörung
 |
| Röteln | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Konnatal
* Postnatal (□ generalisierter Ausschlag, □ Arthritis/Arthralgien, □ Lymphknotenschwellung)
 |
| Tollwut | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Angstzustände
* Delirien
* Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur
* Hydrophobie (Wasserscheu)
 | * Lähmungen
* Krämpfe
* Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle
 |
| Tollwutexposition |  | Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers |
| Typhus abdominalis/Paratyphus | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Bauchschmerzen
* Durchfall
* Fieber
 | * Husten
* Kopfschmerzen
* Obstipation
 |
| Tuberkulose |  | 🗸 | 🗸 | Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung |
| Windpocken | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel)
* Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o.Pusteln.
 |
| Zoonotische Influenza | 🗸 | 🗸 | 🗸 | Bitte gesonderten [Meldebogen](https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/Meldeboegen/Arztmeldung/Aviare-Influenza_Meldebogen_Vorschlag_des_RKI.pdf?__blob=publicationFile&v=1) nutzen |
| Lebensmittelvergiftung/ akute Gastroenteritis | 🗸 | 🗸 |  | * Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie
* Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
 |
| bedrohliche übertragbare Krankheit | 🗸 | 🗸 | 🗸 | bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist |
| Gesundheitliche Schä-digung nach Impfung | 🗸 |  |  | Bitte gesonderten [Meldebogen](https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/ifsg-meldebogen-verdacht-impfkomplikation.pdf?__blob=publicationFile&v=2) des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen |