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

geb. am:

Telefon (bitte eintragen):

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ **Verdacht**
☐ **Klinische Diagnose**
☐ **Tod,** Todesdatum: .....

Erkrankungsdatum[1]**:** .....
Diagnosedatum[1]**:** .....
Datum der Meldung: .....

☐ **Botulismus**

☐ **Cholera**

☐ **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**
(außer familiär-hereditären Formen)

☐ **Diphtherie**

☐ **Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**

☐ **Hepatitis, akute virale; Typ**[2]**:** .....
- ☐ Fieber
- ☐ Ikterus
- ☐ Oberbauchbeschwerden
- ☐ Serumtransaminasen, erhöhte

☐ **HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie

☐ **Masern**
- ☐ Fieber
- ☐ Exanthem
- ☐ Husten
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ Konjunktivitis
- ☐ Koplikssche Flecken

☐ **Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- ☐ Fieber
- ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
- ☐ Hirndruckzeichen
- ☐ Kreislaufversagen, rasch einsetzend
- ☐ Purpura fulminans ☐ W-F-Syndrom

☐ **Milzbrand**

☐ **Mumps**
- ☐ Geschw. Speicheldrüse(n)
- ☐ Meningits
- ☐ Enzephalitis
- ☐ Hörverlust
- ☐ Orchitis (Hodenentz.)
- ☐ Oophoritis (Eierstockentz.)
- ☐ Pankreatitis
- ☐ Fieber

☐ **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 bakt. Nachweis
- ☐ Therapieabbruch/-verweigerung

☐ **Windpocken (NICHT Gürtelrose)**
- ☐ Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel")

☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.

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 epidemischen Zusammenhang

Erreger[2]**:** .....

Gefahr für die Allgemeinheit (§ 6 Abs.1 Nr. 5 IfSG) durch
- ☐ Bedrohliche andere Krankheit
- ☐ Häufung anderer Erkrankungen

2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemischen Zusammenhang

Art der Erkrankung / Erreger: [2]
.....

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:
.....
.....
.....

☐ **Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Erreger, Ausbruchsort- und zeitraum, Exposition.....
.....

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Aktivität): .....

- ☐ Auslandsaufenthalt — von: .....bis: .....Land:.....
- ☐ Aufenthalt in anderem Kreis — von: .....bis: .....Kreis:.....
- ☐ Blut-/ Organ- / Gewebespende in den letzten 6 Monaten .....

Bei Tuberkulose: Geburtsland: .....Staatsangehörigkeit:.....

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:
Landkreis Emsland
Fachbereich Gesundheit
Ordeniederung 1
49716 Meppen
Tel. 05931 44-1189
Fax 05931 44-3733
E-Mail: infektionsschutz@emsland.de

☐ Es wurde ein **Labor** / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt[3]
Name/Ort/Telefonnummer des Labors:
.....
.....
Probenahme am: .....

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

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

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 – 30449 Hannover – www.nlga.niedersachsen.de
Version 20130814