

# Meldeformular -Vertraulich-

## Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung: .....

<b>Betroffene Person</b> <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>  <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers  Geburtsdatum ...../...../..... <small>Tag Monat Jahr</small>	<b>bei impfpräventablen Krankheiten</b> <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: ..... Datum der letzten Impfung: ...../...../..... Impfstoff: ..... Tag Monat Jahr
	<b>bei Tuberkulose, Hepatitis B und C</b> Geburtsstaat: ..... Staatsangehörigkeit: ..... Jahr der Einreise nach Deutschland: .....
<b>Meldende Person</b> <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	<b>Zugehörigkeit zur Bundeswehr</b> <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod Datum der Verdachts-/Diagnose: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) wahrscheinl. Zeitpunkt/-raum der Infektion:

- Botulismus
- Cholera
- 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 Therapie-refraktären Kolitis
  - Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK  
(außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie
  - Respiratorische Diphtherie
  - Hautdiphtherie
- Hämorrhagisches Fieber, viral  
Erreger, falls bekannt: .....
- Hepatitis, akute virale; Typ: .....
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
  - Anämie, hämolytische
  - Nierenfunktionsstörung
  - Thrombozytopenie
- Keuchhusten (Pertussis)
- Masern
- Masernfolgeerkrankung  
(Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis)
- Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
- Milzbrand
- Mumps
- Paratyphus
- Pest
- Poliomyelitis
- Röteln
- Tollwut
- Tollwutexposition
- Typhus abdominalis
- Tuberkulose
  - Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
  - Therapieabbruch/-verweigerung
- Windpocken
- Zoonotische Influenza  
(bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
  - bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich
  - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl. epidemischem Zusammenhang
 Erreger, falls bekannt: .....
- bedrohliche übertragbare Krankheit  
Art der Erkrankung/ Erreger: .....
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung  
(Bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)
  - akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall
  - ≥ 2 Pneumonien in medizinischer Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang

### Epidemiologische Situation

Betroffene Person ist

- im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)
  - in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung
  - intensivmedizinische Behandlung
- in Einrichtungen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG)
  - Schule  Kita  Heim  Obdachlosenunterkunft
  - JVA  Pflegeheim  sonst. Massenunterkünfte
- im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)  tätig

tätig  betreut/untergebracht  
 von: ..... bis: .....  
 von: ..... bis: .....

tätig  betreut/untergebracht  
 von: ..... bis: .....

tätig

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung: .....

.....

.....

.....

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)  
 Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: .....

Angaben zur möglichen Infektionsquelle (z.B. Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): .....

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

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten

<input type="radio"/> Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt <small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	<input type="checkbox"/> unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden <a href="https://tools.rki.de/PLZTool/">(https://tools.rki.de/PLZTool/)</a> : <small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>
Datum der Probenentnahme: ...../...../..... <small>Tag Monat Jahr</small>	Landratsamt Heilbronn Lerchenstr. 40 74072 Heilbronn Fax: 07131 994-174