

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

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

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

Todesdatum:

¹⁾Telefonnummer bitte eintragen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Botulismus | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<small>Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt</small> |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
<small>(außer familiär-hereditären Formen)</small> | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt | <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ 2): | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ikterus | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <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"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis |
| <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch) | <input type="checkbox"/> a) 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) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Erreger 2): |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
<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"/> Bedrohliche andere Krankheit
..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie | <input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen
<small>(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang mit Gefährdung für die Allgemeinheit)</small> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische | <input type="checkbox"/> Art der Erkrankung / Erreger 2):
..... |
| <input type="checkbox"/> Masern | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik | ²⁾ falls bekannt |
| <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"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis | |
| <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"/> Milzbrand | |

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 ³⁾
- Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Fachdienst Gesundheitsamt
Riversplatz 1-9 / Haus D

35394 Gießen

Fax: (06 41) 9390 1605

Erkrankungsdatum⁴⁾:

Diagnosedatum⁴⁾:

Datum der Meldung:

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

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

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