

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div>Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):</div> <div>Geschlecht: <input checked="" type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers geb. am:</div> <div>Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):<br/>Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <div>Meldeformular</div> <div>Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG</div> <div><div><input type="checkbox"/> Verdacht<br/><input type="checkbox"/> Klinische Diagnose<br/><input type="checkbox"/> Tod Todesdatum:</div><div>Erkrankungsbeginn:<br/>Diagnosedatum:<br/>Datum der Meldung:</div><div>Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung:<br/><input type="checkbox"/> Geimpft, Anzahl Impfdosen:<br/>Datum der letzten Impfung:<br/>Impfstoff:<br/><input type="checkbox"/> Nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt</div></div> <div><input type="checkbox"/> Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div><input type="checkbox"/> Botulismus<br/><input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingter Botulismus<br/><input type="checkbox"/> Wundbotulismus<br/><input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus</div> <div><input type="checkbox"/> Cholera</div> <div><input type="checkbox"/> Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform<br/><input type="checkbox"/> stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion<br/><input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation<br/><input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis<br/><input type="checkbox"/> Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI<br/>Nachweis:<br/>Toxin: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B<br/>aus: <input type="checkbox"/> Stuhl oder <input type="checkbox"/> Isolat<br/>als: <input type="checkbox"/> Toxin oder <input type="checkbox"/> Toxin-Gen (PCR)<br/><input type="checkbox"/> Histologischer Nachweis<br/><input type="checkbox"/> Endoskopischer Nachweis</div> <div><input type="checkbox"/> Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)<br/><input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung<br/><input type="checkbox"/> Husten<br/><input type="checkbox"/> Pneumonie (Lungenentzündung)<br/><input type="checkbox"/> Schnupfen<br/><input type="checkbox"/> akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)<br/><input type="checkbox"/> beatmungspflichtige Atemwegserkrankung<br/><input type="checkbox"/> Dyspnoe (Atemstörung)<br/><input type="checkbox"/> Fieber<br/><input type="checkbox"/> Geruchs- und/oder Geschmacksverlust</div> <div><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)</div> <div><input type="checkbox"/> Diphtherie<br/><input type="checkbox"/> Hautdiphtherie<br/><input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie</div> <div><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale, Typ: <br/><input type="checkbox"/> Fieber<br/><input type="checkbox"/> Ikterus (Gelbsucht)<br/><input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden<br/><input type="checkbox"/> erhöhte Serumtransaminasen</div> |  | <div><input type="checkbox"/> HUS (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)<br/><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische<br/><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie<br/><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung<br/><input type="checkbox"/> ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS</div> <div><input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)<br/><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)<br/><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor<br/><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen<br/>Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern &lt;1 Jahr<br/><input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Apnoen</div> <div><input type="checkbox"/> Masern (akut) Exanthembeginn: <br/><input type="checkbox"/> Fieber<br/><input type="checkbox"/> Husten<br/><input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag (makulopapulös)<br/><input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)<br/><input type="checkbox"/> Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)</div> <div><input type="checkbox"/> Masern (Folgeerkrankung)<br/><input type="checkbox"/> subakute sklerosierende Panenzephalitis</div> <div><input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung<br/><input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild<br/><input type="checkbox"/> Purpura fulminans<br/><input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom<br/><input type="checkbox"/> Ekchymosen<br/><input type="checkbox"/> Fieber<br/><input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen<br/><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen<br/><input type="checkbox"/> Pneumonie<br/><input type="checkbox"/> makulopapulöses Exanthem<br/><input type="checkbox"/> meningeale Zeichen<br/><input type="checkbox"/> Petechien</div> <div><input type="checkbox"/> Milzbrand</div> <div><input type="checkbox"/> Mumps<br/><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)<br/><input type="checkbox"/> Hoden- bzw. Eierstockentzündung<br/><input type="checkbox"/> Enzephalitis <input type="checkbox"/> Fieber<br/><input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Meningitis<br/><input type="checkbox"/> Pankreatitis</div> <div><input type="checkbox"/> Orthopocken<br/><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hautausschlag<br/><input type="checkbox"/> Hautläsion <input type="checkbox"/> Schleimhautläsion<br/><input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung</div> |  | <div><input type="checkbox"/> Paratyphus</div> <div><input type="checkbox"/> Pest</div> <div><input type="checkbox"/> Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)</div> <div><input type="checkbox"/> Röteln (konnatal)</div> <div><input type="checkbox"/> Röteln (postnatal) Exanthembeginn: <br/><input type="checkbox"/> Generalisierter Ausschlag<br/><input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich<br/><input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien<br/><input type="checkbox"/> Fehl-/ Totgeburt<br/><input type="checkbox"/> Frühgeburt oder Geburt eines Kindes mit Embryopathie</div> <div><input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs.1 Nr. 4 IfSG)</div> <div><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis</div> <div><input type="checkbox"/> Tuberkulose<br/><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis<br/><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/ -verweigerung (§6 Abs. 2 IfSG)</div> <div><input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)<br/>Erreger (falls bekannt):</div> <div><input type="checkbox"/> Windpocken (nicht Gürtelrose)<br/><input type="checkbox"/> Ausschlag an (Schleim-) Haut mit gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)<br/><input type="checkbox"/> Ausschlag an (Schleim-) Haut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln</div> <div><input type="checkbox"/> Influenza, zoonotisch<br/>bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen</div> <div><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis<br/><input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben<br/><input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang<br/>Erreger (falls bekannt):</div> <div><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung<br/>Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist</div> <div><input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)<br/>Erkrankung / Erreger:</div> |  |
| <div>Epidemiologische Situation</div> <div>Patient/in ist tätig:<br/><input type="checkbox"/> im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)<br/><input type="checkbox"/> im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)<br/><input type="checkbox"/> in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)</div> <div>Einrichtung (Name, Ort, Kontaktdaten):</div> <div>Wahrscheinliche Infektionsquelle: Aufenthaltsort(e) in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land):</div> <div>Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Anschrift):</div> <div>Bei HBV, HCV und Tuberkulose: Staatsangehörigkeit: Geburtsstaat: Ggf. Jahr der Einreise:</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <div>► unverzüglich zu melden an</div> <div><input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<sup>1</sup><br/>Name, Ort, Telefonnr. des Labors:<br/><br/>Probenentnahme am:</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | <div>Meldende Person<br/>(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.):</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

<sup>1</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.