

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

# Meldeformular

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

- Vertraulich -

Geschlecht:  weiblich  männlich

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

<sup>1)</sup>Telefonnummer des Patienten/ der Patientin für Rückfragen bitte eintragen

- Verdacht
- Klinische Diagnose
- Tod Todesdatum: \_\_\_\_\_
- Erkrankungsdatum: \_\_\_\_\_
- Diagnosedatum: \_\_\_\_\_
- Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

- Angaben zum Impfstatus:**  
(bei impfpräventablen Krankheiten)
- Geimpft, Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_
- Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_
- Impfstoff: \_\_\_\_\_
- Nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Botulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Cholera</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Labornachweis liegt vor (bitte Laborbefund beifügen)</li><li><input type="checkbox"/> Endoskopie: pseudomembranöse Kolitis</li><li><input type="checkbox"/> stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion</li><li><input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation</li><li><input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon Perforation oder refraktärer Kolitis</li><li><input type="checkbox"/> Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und CDI als direkte Todesursache oder zum Tode beitragende Erkrankung</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtherie</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ: _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Fieber</li><li><input type="checkbox"/> Ikterus (Gelbsucht)</li><li><input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden</li><li><input type="checkbox"/> erhöhte Serumtransaminasen</li><li><input type="checkbox"/> Verdacht auf chronische Infektion</li></ul> <p><input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische</li><li><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie</li><li><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung</li><li><input type="checkbox"/> ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Influenza, zoonotisch (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)</li><li><input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten</li><li><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor</li><li><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen</li><li><input type="checkbox"/> NUR bei Kindern &lt; 1 Jahr: Husten UND Apnoen</li></ul> | <p><input type="checkbox"/> Masern</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Fieber</li><li><input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag (makulopapulös)</li><li><input type="checkbox"/> Husten</li><li><input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)</li><li><input type="checkbox"/> Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild</li><li><input type="checkbox"/> Purpura fulminans</li><li><input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom</li><li><input type="checkbox"/> Ekchymosen</li><li><input type="checkbox"/> Fieber</li><li><input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen</li><li><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen</li><li><input type="checkbox"/> Pneumonie</li><li><input type="checkbox"/> makulopapulöses Exanthem</li><li><input type="checkbox"/> meningeale Zeichen</li><li><input type="checkbox"/> Petechien</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Milzbrand</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)</li><li><input type="checkbox"/> Enzephalitis</li><li><input type="checkbox"/> Fieber</li><li><input type="checkbox"/> Hörverlust</li><li><input type="checkbox"/> Meningitis</li><li><input type="checkbox"/> Hoden- bzw. Eierstockentzündung</li><li><input type="checkbox"/> Pankreatitis</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Paratyphus</p> <p><input type="checkbox"/> Pest</p> <p><input type="checkbox"/> Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Postnatal <input type="checkbox"/> Konnatal</li></ul> | <p><input type="checkbox"/> Tollwut</p> <p><input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis</li><li><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)</p> <p>Erreger (falls bekannt): _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Erregerdiagnostik ist beauftragt</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Windpocken (nicht Gürtelrose)</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. "Sternenhimmel")</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben</li><li><input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang</li></ul> <p>Erreger (falls bekannt): _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Erregerdiagnostik ist beauftragt</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung</p> <p>Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist</p> <p><input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit durch:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit</li><li><input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (≥ 2 Fälle mit wahrsch. o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)</li></ul> <p>Art der Erkrankung / Erreger: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erregerdiagnostik ist beauftragt</p> |
|--|---|--|

### Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, 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 (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG))
- Patient/in ist in Krankenhaus/ stationärer Pflegeeinrichtung seit: \_\_\_\_\_

Name / Ort der Einrichtung:

### Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

- Patient/in war im Ausland von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Land / Länder: \_\_\_\_\_
- Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle: \_\_\_\_\_
- Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
- Erregername, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition etc.: \_\_\_\_\_

### ► unverzüglich zu melden an:

#### Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

GESUNDHEITSAMT Bremen  
- Infektionsepidemiologie -  
Horner Str. 60-70 • 28203 Bremen  
Telefon: 361 - 15 131

**FAX: 0421 - 496 - 15 918**

- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt.

Name / Ort / Telefonnummer des Labors:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Probenahme am: \_\_\_\_\_

### Meldende Person

(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.):