

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

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

<input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum:	Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾: Gegen diese Krankheit <input type="checkbox"/> Geimpft <input type="checkbox"/> Nicht geimpft Datum (letzte Impfung): Anzahl Impfdosen: Impfstoff:
---	---

- Botulismus**
- Cholera**
- Clostridium-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 Clostridium-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, viral**
Erreger, falls bekannt:
- Hepatitis, akute virale; Typ:**
 Fieber Lebertransaminasen, erhöhte
 Ikterus Oberbauchbeschwerden
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
 - Anämie, hämolytische
 - Nierenfunktionsstörung
 - Thrombozytopenie
- Keuchhusten (Pertussis)**
 - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 - Anfallsweise auftretender Husten
 - Inspiratorischer Stridor
 - Erbrechen nach den Hustenanfällen
 - NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoe

- Masern**
 - Exanthem Katarrh (wässriger Schnupfen)
 - Fieber Konjunktivitis
 - Husten
- Meningokokken, invasive Erkrankung**
 - Ekchymosen Meningeale Zeichen
 - Exanthem Petechien
 - Fieber Septisches Krankheitsbild
 - Herz-/Kreislaufversagen
 - Hirndruckzeichen
 - Lungenentzündung
- Milzbrand**
- Mumps**
 - Geschwollene Speicheldrüse(n)
 - Fieber
 - Hörverlust
 - Meningitis/Enzephalitis
 - Orchitis (Hodenentzündung)
 - Oophoritis (Eierstockentzündung)
 - Pankreatitis
- Paratyphus**
- Pest**
- Poliomyelitis**
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln**
 - Exanthem
 - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
 - Arthritis/Arthralgien
 - Rötelnembryopathie
- Tollwut**
- Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
- Typhus abdominalis**

- Tuberkulose**
 - Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
 - Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
 - Windpocken (Varizellen)**
 - Zoonotische Influenza**
(bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
 - Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
 - Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
 - bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
 - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
- Erreger, falls bekannt:
- Gefahr für die Allgemeinheit**
 - durch eine bedrohliche andere Krankheit
 - Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)
- Art der Erkrankung / Erreger:

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:
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): von: bis:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis
Gesundheitsamt
 Herdstraße 4, 78050 Villingen-Schwenningen
 Tel. 07721-9137190, Fax 07721-9138918

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

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

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.
 2) Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).
 3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.