

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

Meldeformular

- Vertraulich

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Verdacht

Klinische Diagnose

Tod Todesdatum: _____

Krankheitsbed. Tod

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:

Gegen diese Krankheit

Geimpft zuletzt Nicht geimpft nicht bekannt

Datum: _____

Anzahl Impfdosen: _____

Impfstoff: _____

- Botulismus
- Cholera
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt Erreger, falls bekannt: _____
- Hepatitis, akute virale; Typ: _____
 - Ikterus
 - Oberbauchbeschwerden
 - Lebertransaminasen, erhöhte
 - Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
 - Nierenfunktionsstörung
 - Thrombozytopenie
 - Anämie, hämolytische
- Masern
 - Husten
 - Katarrh (wässriger Schnupfen)
 - Konjunktivitis
 - Kopliksche Flecken
 - Fieber
 - Exanthem
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis
 - Fieber
 - Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
 - Hirndruckzeichen
 - Meningeale Zeichen
 - Kreislaufversagen, rasch einsetzend
- Milzbrand
- Mumps
 - Fieber
 - geschwollene Speicheldrüse(n)

- Meningitis
- Enzephalitis
- Hörverlust
- Orchitis (Hodenentzündung)
- Oophoritis (Eierstockentzündung)
- Pankreatitis
- Paratyphus
- Pertussis
 - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 - Anfallswise auftretender Husten
 - Inspiratorischer Stridor
 - Erbrechen nach den Hustenanfällen
 - NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen
- Pest
- Poliomyelitis

Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, der Extremitäten außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)
 - Generalisierter Ausschlag
 - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackengebiet
 - Arthritis/Arthralgien
- Röteln (konnatal)
- 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
- Windpocken (nicht Gürtelrose)
 - Typisches Exanthem

- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
 - a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
 - b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang
 Erreger, falls bekannt: _____
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
- Gefahr für die Allgemeinheit durch eine Bedrohliche andere Krankheit
.....
- Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit
Art der Erkrankung / Erreger:
.....
.....
.....
- Weitere Symptome (des Meldefalles)
.....
.....
.....

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: _____
- Blut- /Organ- /Gewebspesende in den letzten 6 Monaten (Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut- oder Gewebespesende übertragen werden können)
- Patient/in war im Ausland von: _____ bis: _____ Land/Länder: _____
Bei mutmaßlichem Infektionsort in Deutschland (Kreis/kreisfreie Stadt): _____
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregernamen, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc. _____
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: _____ Probenentnahme am: _____

Name/Ort der Einrichtung / des Arbeitsplatzes

.....
.....
.....
.....

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Kreisausschuss des Main-Taunus-Kreises
Gesundheitsamt
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim am Taunus

Erkrankungsdatum³⁾: _____

Diagnosedatum³⁾: _____

Datum der Meldung: _____

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

¹⁾ Telefonnummer des Patienten freiwillige Angabe

²⁾ Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

³⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.