

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- /Gewebspende in den letzten 6 Monaten (Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut- oder Gewebespende 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.