

Wichtiger Hinweis!

Gemäß § 14 Abs. 8 IfSG haben zwischenzeitlich alle Meldungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1/1a IfSG sowie § 6 Abs. 2 IfSG elektronisch über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zu erfolgen.

Der Meldepflicht kann auf zwei Wegen nachgekommen werden:

- 1) mittels Schnittstelle über das individuell genutzte Softwareprodukt (Voraussetzung: die DEMIS-Schnittstelle wurde durch den Software Hersteller implementiert)
- 2) über das DEMIS-Meldeportal (Meldung über ein Onlineformular).

Ein Informationspaket für das Absetzen einer Meldung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 1a IfSG sowie § 6 Abs. 2 IfSG über das DEMIS-Meldeportal wurde auf der DEMIS-Wissensdatenbank unter dem folgenden Link veröffentlicht:
<https://wiki.gematik.de/x/9SWQJQ>

Das nachfolgende Meldeformular kann deshalb nur noch in Ausnahmefällen zur Erfüllung der Meldepflicht gemäß §6 IfSG verwendet werden!

Meldeformular -Vertraulich-

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung:

Betroffene Person: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers (Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)	bei impfpräventablen Krankheiten <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung:/...../ Tag Monat Jahr Impfstoff:
	bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat: Staatsangehörigkeit: Jahr der Einreise nach Deutschland:
Geburtsdatum/...../..... Tag Monat Jahr <small>Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.</small>	Zugehörigkeit zur Bundeswehr <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehrreinrichtung)
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod Datum der Verdachts-/Diagnose:/...../.....(Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn:/...../.....(Tag/Monat/Jahr) Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Infektionszeitpunkt/-raum:

Klinische Informationen

Krankheit:

Erreger, Typ:

Symptome (s. auch Rückseite):

bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Behandlungsergebnis:

Serostatus:

Epidemiologische Informationen

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) tätig

betreut/untergebracht

} Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: bis:
 intensivmedizinische Behandlung von: bis:

in Einrichtungen und Unternehmen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG) tätig betreut/untergebracht

Schule Kita Heim Obdachlosenunterkunft
 JVA Pflegeheim sonst. Massenunterkünfte

im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) tätig

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: **Ausbruchskennung:**

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen **Infektionsquelle/-umfeld** (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):
.....

(Auslands-)Aufenthalt von: bis: Ort/Bundesland
 Staat:

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt
 (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

►unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden

(<https://tools.rki.de/PLZTool/>):

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		✓	✓	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der <i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall <input type="checkbox"/> ≥ 2 Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	✓	✓	✓	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	✓	✓	✓	
Hepatitis, akute virale	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom))	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor
Masern	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber
Masernfolgeerkrankung		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Echymosen <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Meningale Zeichen <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüse ≥2Tage <input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Oophoritis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche				≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hauausschlag, Hautläsionen oder Schleimhautläsionen <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> krankheitsbedingter Tod
Pest	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten <input type="checkbox"/> keine Sensibilitätsstörung
Röteln	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal (<input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag, <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Tollwut	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle <input type="checkbox"/> Hydrophobie (Wasserscheu)
Tollwutexposition				Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Typhus abdominalis/Paratyphus	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o. Pusteln.
Zoonotische Influenza	✓	✓	✓	Bitte gesonderten Meldebogen nutzen
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	✓	✓		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemiischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	✓	✓	✓	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	✓			Bitte gesonderten Meldebogen des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen