

## **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!**

-Vertraulich-

## Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.

Krankheit: .....

Erreger, Typ: .....

Symptome (s. auch Rückseite): .....

Behandlungsergebnis: .....

Serostatus: .....

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)    ☒ **tätig**    ☐ **betreut/untergebracht**

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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatitis, akute virale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom))	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber
Masernfolgeerkrankung		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ekchymosen <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"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hautausschlag, Hautläsionen oder Schleimhautläsionen <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> krankheitsbedingter Tod
Pest	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal ( <input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag, <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Tollwut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bitte gesonderten <a href="#">Meldebogen</a> nutzen
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	<input checked="" type="checkbox"/>			Bitte gesonderten <a href="#">Meldebogen</a> des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen