

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

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum: .....

**Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:**  
Gegen diese Krankheit

- Geimpft**  **Nicht geimpft**

Datum (letzte Impfung): .....

Anzahl Impfdosen: .....

Impfstoff: .....

- Botulismus**
- Cholera**
- Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform (bitte Laborbefund beifügen)**
  - 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 Apnoen

- 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 beauftragt<sup>2)</sup>  
Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Landratsamt Passau**  
**Sachgebiet Gesundheit**  
**Passauer Str. 33**  
**94081 Fürstenzell**  
  
**0851/490 595 801**

Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:

Diagnosedatum<sup>3)</sup>:

Datum der Meldung:

Meldende Person  
(Arztin/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.