

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

Alle Datumsangaben:
tt.mm.jjjj (z.B. 01.01.2011)

geb. am:

Telefon¹⁾:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ Verdacht

☐ Klinische Diagnose

☐ Tod Todesdatum:

☐ Verdachtsmeldung nicht bestätigt

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:
Gegen diese Krankheit

☐ Geimpft ☐ Nicht geimpft

Datum (letzte Impfung):

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

- ☐ **Borreliose (Berlin)***
- ☐ Erythema migrans
 - ☐ akute Neuroborreliose
 - ☐ Lyme-Arthritis
 - ☐ andere Form, falls ja welche.....

*(Gemäß IfSG-MeldepflichtV Berlin)

☐ Botulismus

☐ Cholera

- ☐ **Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform**
- ☐ 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 ☐ Pankreatitis
 - ☐ Orchitis (Hodenentzündung)
 - ☐ Oophoritis (Eierstockentzündung)

☐ 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 epidemischen 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 beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt

Bezirk

Straße, Nr.

Berlin

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person
(Ärztin/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.

Bitte nutzen Sie die das folgende Freitextfeld für die Angabe evtl. weiterer klinischer Befunde, Symptome oder sonstigen medizinisch relevanten Informationen. Vielen Dank.

Weitere medizinisch relevante Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....