

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

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

# 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 zuletzt  Nicht geimpft

Datum: .....

Anzahl Impfdosen: .....

Impfstoff: .....

<sup>1)</sup> Telefonnummer und Impfstatus des Patienten/ der Patientin bei Einverständnis des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

- Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
- Therapieabbruch/-verweigerung
- Windpocken (NICHT Gürtelrose)
  - anfangs makulopapulöser Ausschlag an Haut oder Schleimhaut bei nachfolgend gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel)
  - andere:
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung  
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

- Botulismus
- Cholera
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK  
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie
- Häorrhagisches Fieber, virusbedingt  
Erreger, falls bekannt: .....
- Hepatitis, akute virale; Typ:.....
  - Ikterus
  - Lebertransaminasen, erhöhte
  - Oberbauchbeschwerden
  - Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
  - Anämie, hämolytische
  - Thrombozytopenie
  - Nierenfunktionsstörung
- Masern
  - Exanthem
  - Fieber
  - Husten
  - Katarrh (wässriger Schnupfen)
  - Konjunktivitis
  - Kopliksche Flecken
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis
  - Fieber
  - Meningeale Zeichen
  - Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
  - Hirndruckzeichen
  - Kreislaufversagen, rasch einsetzend

- Milzbrand
- Mumps
  - Geschwollene Speicheldrüse(n)
  - Fieber
  - Meningitis
  - Enzephalitis
  - Hörverlust
  - Orchitis (Hodenentzündung)
  - Oophoritis (Eierstockentzündung)
  - Pankreatitis
- Paratyphus
- Pertussis
  - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
  - Anfallsweise 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-Nackenbereich
  - Arthritis/Arthralgien
- Röteln (konnatal)
- Tollwut
- Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
- Typhus abdominalis

### Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis

- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang  
Erreger, falls bekannt: .....

### Gefahr für die Allgemeinheit durch eine

- bedrohliche andere Krankheit
- Häufung anderer Erkrankungen  
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem 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:.....Material:.....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Städtisches Gesundheitsamt  
Heilbronn  
Bahnhofstraße 2  
74072 Heilbronn**

**Tel. 07131/56-3540  
Fax: 07131/56-3539**

**Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Diagnosedatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Datum der Meldung:**

.....

Meldende Person  
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.):

.....  
.....  
.....

<sup>2)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

<sup>3)</sup> Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden