

Meldeformular

Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Landesverordnung zur Erweiterung der Meldepflicht (§ 15 IfSG)

Patient: _____ Geschlecht: weibl. männl.

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

¹⁾ Telefonnummer bitte eintragen

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

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:

Gegen diese Krankheit:

geimpft zuletzt: nicht geimpft

Datum:

Anzahl Impfdosen

Art der Impfung (z.B. MMR, DTaP):

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

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
- Hepatitis, akute virale; Typ²⁾:**
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Masern**
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- Milzbrand**
- Paratyphus**
- Poliomyelitis**
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
- Pest**
- 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
 - Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
 - a)** bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
 - b)** bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang
 - Erreger²⁾:**
 - Häufung anderer Erkrankungen**
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit
 - Art der Erkrankung / Erreger²⁾:**
- ²⁾ falls bekannt

- Bedrohliche andere Krankheit**
.....
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

Zusätzlich meldepflichtige Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

- Borreliose**
- Mumps**
- Pertussis**
- Röteln**
- Varizellen u. Herpes Zoster**

Symptome/Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (**bitte die wichtigsten Symptome einzeln aufzählen**):

.....

.....

.....

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:
- Patient/in war im Ausland von: bis: Land/Länder:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt ³⁾
- Name des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

.....

Erkrankungsdatum⁴⁾:

Diagnosedatum⁴⁾:

Datum der Meldung:

Adresse und Telefonnummer (Stempel) der **meldenden Person** (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus):

³⁾ Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6,7 sowie 15 Abs. 3 IfSG).

⁴⁾ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.