**Meldeformular** -Vertraulich- Datum der Meldung: …........................

**Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG**

**Meldende Person**

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))

🔿 **Verdacht** 🔿 **Klinische Diagnose** 🔿 **Tod**

🔿 **Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19**

Datum der Verdachts-/Diagnose: …../….../……(Tag/Monat/Jahr)

Erkrankungsbeginn: …../…..…/……(Tag/Monat/Jahr)

Todesdatum: …../…..…/…… (Tag/Monat/Jahr)

Infektionszeitpunkt/-raum: …………………………………………….

**bei Tuberkulose, Hepatitis B und C**

Geburtsstaat:......................................................................................

Staatsangehörigkeit: .........................................................................

Jahr der Einreise nach Deutschland: …………………………………..

**Betroffene Person:** 🔿weiblich 🔿 männlich 🔿divers

(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Geburtsdatum ……/……./……

Tag Monat Jahr

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

**Zugehörigkeit zur Bundeswehr**

🔿 Soldat/Bundeswehrangehöriger

🔿 Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)

**bei impfpräventablen Krankheiten**

🔿 geimpft 🔿 nicht geimpft 🔿 Impfstatus unbekannt

Anzahl der Dosen: ……Datum der letzten Impfung: ……/…../………

Tag Monat Jahr

Impfstoff: …………………………………………………………………………………………

**Klinische Informationen**

Krankheit: …………………………………………………………………………………...

Erreger, Typ: ……………………………………………………………………………….

Symptome (s. auch Rückseite): …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)**

Behandlungsergebnis: …………………………………

………………………………………………………………

Serostatus: ………………………………………………….

**Epidemiologische Informationen**

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 ……………………………………………………………………………………….

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

…………………….…………………

…………………….…………………

…………………….…………………

**unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden (**[**https://tools.rki.de/PLZTool/**](https://tools.rki.de/PLZTool/)**):**

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Landratsamt Berchtesgadener Land

- Gesundheitswesen -

Salzburger Str. 64

83435 Bad Reichenhall

**FAX: 08651/773-820** Tel.: -801

🔿 **Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt**

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Datum der Probenentnahme: ………/…………./………….

Tag Monat Jahr

Version 01.07.2021

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankheiten** | Verdacht | Erkrankung | Tod | Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen | | | |
| Botulismus | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Lebensmittelbedingt | * Wundbotulismus | | * Säuglingsbotulismus |
| Cholera | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Durchfall | | * Erbrechen | |
| *Clostridioides-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 therapierefraktären Kolitis * Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der *Clostridioides–difficile*-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung | | | |
| Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) | 🗸 | 🗸\* | 🗸 | * Akute respiratorische Symptome jeder Schwere * Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) * Kontakt mit einem bestätigten Fall   \*Meldepflicht auch bei Hospitalisierung | | | |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK | 🗸 | 🗸 | 🗸 | Außer familiär-hereditäre Formen | | | |
| Diphtherie | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Respiratorische Diphtherie | | * Hautdiphtherie | |
| Hämorrhagisches Fieber, viral | 🗸 | 🗸 | 🗸 |  | | | |
| Hepatitis, akute virale | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Fieber * Lebertransaminasen, erhöhte | | * Ikterus * Oberbauchbeschwerden | |
| HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)) | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * 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 * Husten * Fieber | | * Konjunktivitis * Katarrh (wässriger Schnupfen) | |
| Masernfolgeerkrankung |  | 🗸 | 🗸 | Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis | | | |
| Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Ekchymosen * Herz-/Kreislaufversagen * Exanthem * Meningeale Zeichen * Hirndruckzeichen * Lungenentzündung | | * Petechien * Septisches Krankheitsbild * Fieber * Purpura fulminans * Waterhouse-Friderichsen-Sydrom | |
| Milzbrand | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Darmmilzbrand * Hautmilzbrand * Injektionsmilzbrand | | * Lungenmilzbrand * Milzbrandmeningitis * Milzbrandsepsis | |
| Mumps | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * geschwollene Speicheldrüse ≥2Tage * Fieber * Hörverlust * Meningitis oder Enzephalitis | | * Orchitis * Oophoritis * Pankreatitis | |
| Nosokomiale Ausbrüche |  | | | ≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang | | | |
| Pest | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Lungenpest * Beulenpest | | * Pestsepsis * Pestmeningitis | |
| Poliomyelitis | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Fieber * akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten * verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten * keine Sensibilitätsstörung | | | |
| Röteln | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Konnatal * Postnatal (□ generalisierter Ausschlag, □ Arthritis/Arthralgien, □ Lymphknotenschwellung) | | | |
| Tollwut | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Angstzustände * Delirien * Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur * Hydrophobie (Wasserscheu) | | * Lähmungen * Krämpfe * Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle | |
| Tollwutexposition |  | | | Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers | | | |
| Typhus abdominalis/Paratyphus | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Bauchschmerzen * Durchfall * Fieber | | * Husten * Kopfschmerzen * Obstipation | |
| Tuberkulose |  | 🗸 | 🗸 | Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung | | | |
| Windpocken | 🗸 | 🗸 | 🗸 | * Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) * Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o.Pusteln. | | | |
| Zoonotische Influenza | 🗸 | 🗸 | 🗸 | Bitte gesonderten [Meldebogen](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldeboegen/Arztmeldungen/Aviare-Influenza_Meldebogen_Vorschlag_des_RKI.pdf?__blob=publicationFile) nutzen | | | |
| Lebensmittelvergiftung/ akute Gastroenteritis | 🗸 | 🗸 |  | * Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie * Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang | | | |
| bedrohliche übertragbare Krankheit | 🗸 | 🗸 | 🗸 | bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist | | | |
| Gesundheitliche Schä-digung nach Impfung | 🗸 |  |  | Bitte gesonderten [Meldebogen](https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/ifsg-meldebogen-verdacht-impfkomplikation.pdf?__blob=publicationFile&v=2) des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen | | | |