

Patient/in

Name:

Geb.-datum: ____/____/____

w m

Straße/Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:

derzeitiger Aufenthaltsort:

Angehörige/Sorgeberechtigte:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gem. §§ 6,8,9 IfSG

Verdacht oder Klinische Diagnose

Erkrankungsbeginn: ____/____/____

Diagnosedatum: ____/____/____

Datum der Meldung: ____/____/____

Tod am: ____/____/____

Impfstatus bzgl. gemeldeter Erkrankung:

vollständig unvollständig/unbekannt

Anzahl der Impfdosen: ____

Datum der letzten Impfung: ____/____/____

Botulismus

- Lebensmittelbedingter Botulismus
- Wundbotulismus
- Säuglingsbotulismus

Cholera

Clostridium-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform

- stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion
- Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
- Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon Perforation oder refraktärer Kolitis
- Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und CDI als direkte Todesursache oder zum Tode beitragende Erkrankung

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)

Diphtherie

Hepatitis, akute virale; Typ: _____

- Fieber
- Ikterus (Gelbsucht)
- Oberbauchbeschwerden
- erhöhte Serumtransaminasen
- Staatsangehörigkeit: _____
- Geburtsstaat: _____
- Jahr der Einreise: _____

HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)

- Anämie, hämolytische
- Thrombozytopenie
- Nierenfunktionsstörung
- ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS

Keuchhusten (Pertussis)

- Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- Anfallsweise auftretender Husten
- Inspiratorischer Stridor
- Erbrechen nach den Hustenanfällen
- Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr**
- Husten
- Apnoen

Masern

- Fieber
- Husten
- generalisierter Ausschlag (makulopapulös)
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)

Meningokokken, invasive Erkrankung

- septisches Krankheitsbild
- Purpura fulminans
- Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
- Ekchymosen
- Fieber
- Herz-/Kreislaufversagen
- Hirndruckzeichen
- Pneumonie
- makulopapulöses Exanthem
- meningeele Zeichen
- Petechien

Milzbrand

Mumps

- Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)
- Enzephalitis
- Fieber
- Hörverlust
- Meningitis
- Hoden- bzw. Eierstockentzündung
- Pankreatitis

Paratyphus

Pest

Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)

Röteln (konnatal)

Röteln (postnatal)

- Generalisierter Ausschlag
- Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
- Arthritis/Arthralgien
- Fehl-/ Totgeburt
- Frühgeburt oder Geburt eines Kindes mit Embryopathie

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)
- Staatsangehörigkeit: _____
- Geburtsstaat: _____
- Jahr der Einreise: _____

Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)

Erreger (falls bekannt): _____

Windpocken

Gürtelrose

- spezifisches klinisches Bild
- unspezifisches klinisches Bild

Influenza, zoonotisch

bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular

Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis

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

Sonstiges:

Gefahr für die Allgemeinheit

Erreger (falls bekannt): _____

Häufung nosokomialer Infektionen (ab 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)

Skabies für Einrichtungen nach §36

Gesundheitliche Schädigung nach Impfung

Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist

Epidemiologie:

A) Patient/in ist tätig:

- im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)
- im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG)

B) Patient/in wird betreut oder ist tätig

- in Gemeinschaftseinrichtung nach §§33, 36 IfSG
- Name: _____

C) Patient/in ist/war hospitalisiert

von ____/____/____ bis ____/____/____

Klinik/Station: _____

Patient/in ist Teil einer Erkrankungshäufung/eines Ausbruchsgeschehens (Ausbruchsort, Exposition etc.): _____

► unverzüglich zu melden an

Gesundheitsamt Lübeck
Sophienstraße 2-8

FAX: 0451-1225398

Tel.: 0451-1225369
infektionsschutz@luebeck.de

ein Labor wurde mit der Erregerdiagnostik beauftragt

(Laborausschlusskennziffer 32006)

Probenentnahme: ____/____/____

Name, Ort, Telefonnr. des Labors: _____

Meldende Person

(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.)