

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

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

<input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum:	Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾: Gegen diese Krankheit <input type="checkbox"/> Geimpft <input type="checkbox"/> Nicht geimpft Datum (letzte Impfung): Anzahl Impfdosen: Impfstoff:
---	---

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismus
<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform
<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion
<input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
<input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis
<input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridium-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Formen)
<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral
Erreger, falls bekannt:
<input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ:
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte
<input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
<input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische
<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie
<input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)
<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
<input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten
<input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor
<input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen
<input type="checkbox"/> NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen | <input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Konjunktivitis
<input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung
<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen
<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Petechien
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen
<input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung
<input type="checkbox"/> Milzbrand
<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n)
<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Hörverlust
<input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis
<input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung)
<input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzündung)
<input type="checkbox"/> Pankreatitis
<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt
<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Exanthem
<input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
<input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien
<input type="checkbox"/> Rötelnembryopathie
<input type="checkbox"/> Tollwut
<input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
<input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
<input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)
<input type="checkbox"/> Zoonotische Influenza (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
<input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
<input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
<input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Erreger, falls bekannt:
<input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit
<input type="checkbox"/> durch eine bedrohliche andere Krankheit
<input type="checkbox"/> 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:
Hansestadt Lübeck
Bereich Gesundheitsamt
Infektionsschutz
Sophienstraße 2 - 8
23560 Lübeck
Telefax: 0451 / 122 5398
Telefon: 0451 / 122 53 -62 /-65 /-66 /-67 /-68

Erkrankungsdatum³⁾:
.....

Diagnosedatum³⁾:
.....

Datum der Meldung:
.....

Meldende Person
(Arzt/Ärztin, 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.