

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**
- COVID-19**
- 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;** Rachen-D. Haut-D.
- 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
 - meningale 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): Text eingeben
- Windpocken**
 - 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:	B) Patient/in wird betreut oder ist tätig	C) Patient/in ist/war hospitalisiert
<input type="checkbox"/> im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)	<input type="checkbox"/> in Gemeinschaftseinrichtung nach §§33, 36 IfSG	von ____/____/____ bis ____/____/____
<input type="checkbox"/> im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG)	Name: _____	Klinik/Station: _____

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

<p>► unverzüglich zu melden an Gesundheitsamt Lübeck Sophienstraße 2-8</p> <p>FAX: 0451-1225398 Tel.: 0451-1225369 infektionsschutz@luebeck.de</p>	<p><input type="checkbox"/> ein Labor wurde mit der Erregerdiagnostik beauftragt (Laborausschlusskennziffer 32006)</p> <p>Probenentnahme: ____/____/____</p> <p>Name, Ort, Telefonnr. des Labors: _____</p>	<p>Meldende Person (Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.) _____</p>
--	---	---