

Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):

# Meldeformular (RKI)

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers  
geb. am: \_\_\_\_\_

Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):  
Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1. e.)

Verdacht  
 Klinische Diagnose  
 Tod Todesdatum: \_\_\_\_\_  
Erkrankungsbeginn: \_\_\_\_\_  
Diagnosedatum: \_\_\_\_\_  
Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung:  
 geimpft, Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
Impfstoff: \_\_\_\_\_  
 nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten

- Botulismus**
  - Lebensmittelbedingter Botulismus
  - Wundbotulismus
  - Säuglingsbotulismus
- Cholera**
- Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform**
  - stat. Aufnahme aufgrund amb. erworb. Infektion
  - Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
  - Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis
  - Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI

Nachweis:  
Toxin:  A  B  
aus:  Stuhl oder  Isolat  
als:  Toxin oder  Toxin-Gen (PCR)
  - Histologischer Nachweis
  - Endoskopischer Nachweis
- Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)**
  - Halsschmerzen/-entzündung
  - Husten
  - Pneumonie (Lungenentzündung)
  - Schnupfen
  - akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)
  - beatmungspflichtige Atemwegserkrankung
  - Dyspnoe (Atemstörung)
  - Fieber
  - Geruchs- und/oder Geschmacksverlust
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Form)
- Diphtherie**
  - Hautdiphtherie
  - Respiratorische Diphtherie
- Hepatitis, akute virale, Typ: \_\_\_\_\_**
  - Fieber
  - Ikterus (Gelbsucht)
  - Oberbauchbeschwerden
  - erhöhte Serumtransaminasen

- HUS** (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)
  - Anämie, hämolytische
  - Thrombozytopenie
  - Nierenfunktionsstörung
  - ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS
- Keuchhusten (Pertussis)**
  - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
  - Inspiratorischer Stridor
  - Erbrechen nach den Hustenanfällen

**Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr**

  - Husten  Apnoen
- Masern (akut) Exanthembeginn: \_\_\_\_\_**
  - Fieber
  - Husten
  - generalisierter Ausschlag (makulopapulös)
  - Katarrh (wässriger Schnupfen)
  - Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)
- Masern (Folgeerkrankung)**
  - subakute sklerosierende Panenzephalitis
- Meningokokken, invasive Erkrankung**
  - septisches Krankheitsbild
  - Purpura fulminans
  - Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
  - Ektchymosen
  - Fieber
  - Herz-/Kreislaufversagen
  - Hirndruckzeichen
  - Pneumonie
  - makulopapulöses Exanthem
  - meningale Zeichen
  - Petechien
- Milzbrand**
- Mumps**
  - Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)
  - Hoden- bzw. Eierstockentzündung
  - Enzephalitis  Fieber
  - Hörverlust  Meningitis
  - Pankreatitis
- Orthopocken**
  - Fieber  Hautausschlag
  - Hautläsion  Schleimhautläsion
  - Lymphknotenschwellung

- Paratyphus**
- Pest**
- Poliomyelitis** (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)
- Röteln (konnatal)**
- Röteln (postnatal) Exanthembeginn: \_\_\_\_\_**
  - Generalisierter Ausschlag
  - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackengebiet
  - 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 ohne bakteriologischen Nachweis
  - Therapieabbruch/ -verweigerung (§6 Abs. 2 IfSG)
- Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)**  
Erreger (falls bekannt): \_\_\_\_\_
- Windpocken (nicht Gürtelrose)**
  - Ausschlag an (Schleim-) Haut mit gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)
  - Ausschlag (Schleim-)Haut: Flecken, Bläschen o. Pusteln
- Influenza, zoonotisch**  
bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen
- 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): \_\_\_\_\_
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist
- Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)**  
Erkrankung / Erreger: \_\_\_\_\_

**Epidemiologische Situation**  
Patient/in ist **tätig**:  
 im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)  
 im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)  
 in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)  
Einrichtung (Name, Ort, Kontaktdaten): \_\_\_\_\_  
 **Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird) Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: \_\_\_\_\_  
**Wahrscheinliche Infektionsquelle:** \_\_\_\_\_  
**Aufenthaltsort(e)** in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land): \_\_\_\_\_  
**Derzeitiger Aufenthaltsort** (falls abweichend von Anschrift): \_\_\_\_\_  
**Bei HBV, HCV und Tuberkulose:** Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsstaat: \_\_\_\_\_ Ggf. Jahr der Einreise: \_\_\_\_\_

Patient/in wird **betreut** oder ist **untergebracht** in  
 Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe)  
 stationärer / teilstationärer Pflegeeinrichtung seit: \_\_\_\_\_  
 anderer Einrichtung nach §36 IfSG (z.B. JVA, Unterkunft für Asylsuchende, Obdachlosenunterkunft) seit: \_\_\_\_\_  
Patient/in ist aktuell/war  **hospitalisiert** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 in **intensivmedizinischer** Behandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Unverzüglich zu melden an:**  
**Gesundheitsamt Lübeck**  
Tel.: 0451-122-5369  
Sophienstraße 2-8

Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<sup>1</sup>  
**Name, Ort, Telefonnr. des Labors:** \_\_\_\_\_  
 Es wurde ein **NRZ** beauftragt.<sup>1</sup>  
**Name, Ort, Telefonnr. des Labors:** \_\_\_\_\_  
**Probenentnahme am:** \_\_\_\_\_

**Meldende Person**  
(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Die Labornachweisverfahren 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.