

MELDEFORMULAR

-VERTRAULICH-



Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz und Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

Betroffene Person weibl. männl. divers
(Name, Vorname, Anschrift: _____)

Telefonnr.: _____ geb. am: _____

- Verdacht
- Erkrankung
- Tod Todesdatum: _____

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:

Gegen diese Krankheit
 geimpft nicht geimpft unbekannt

Anzahl Dosen: _____ Datum (letzte Impfung): _____

Impfstoff (der letzten Impfung): _____

Serostatus (soweit vorliegend): _____

Bei Tuberkulose, Hepatitis B und C:

Geburtsstaat: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Einreisejahr nach Deutschland: _____

Zugehörigkeit Soldat/Bundeswehrangehöriger
zur Bundeswehr: Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)

- Botulismus
- Cholera
- 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 Diagnosestellung und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Humane spongiforme Enzephalopathie (CJK + vCJK; außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie Hautdiphtherie respir. Diphtherie (Hinweis: unverzügliche Veranlassung eines kulturellen Erreger- und Toxinnachweises aus dem Isolat)
- Hämorrhagisches Fieber, viral
Erreger, falls bekannt: _____
- Virushepatitis, akut, Typ: _____
 - Fieber Serumtransaminasen, erhöht
 - Ikterus Oberbauchbeschwerden
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
- Keuchhusten (Petussis)
 - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 - Anfallsweise auftretender Husten
 - Inspiratorischer Stridor
 - Erbrechen nach den Hustenanfällen
 - NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Aproe

- Masern
 - Exanthem, Beginn am _____
 - Katarrh (wässriger Schnupfen)
 - Fieber Husten Konjunktivitis
 - Folgeerkr.: **subakute sklerosierende Panenzephalitis**
- Meningokokken, invasive Erkrankung
 - Ekchymosen Meningeale Zeichen
 - Exanthem Petechien Fieber
 - Lungenentzündung Herz-/Kreislaufversagen
 - Hirndruckzeichen Septisches Krankheitsbild
 - Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
- Milzbrand
- Mumps
- Pest
- Poliomyelitis (Hinweis: Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt)
- Röteln
 - Exanthem Arthritis/Arthralgien
 - Lymphadenopathie im Kopf-, Hals- oder Nackenbereich
 - Rötelnembryopathie (koninatale Infektion)
- Tollwut
- Tollwutexposition, mögliche (§6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
- Typhus abdominalis/Paratyphus
- Tuberkulose
 - Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis
 - Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
- Windpocken (Varizellen)

- Zoonotische Influenza (zus. RKI-Meldebogen) (Hinweis: unverzügliche Veranlassung eines direkten Erregernachweises (PCR) am NRZ für Influenza)
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Hinweis: Nutzung des PEI-Meldebogens)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung/akute infektiöse Gastroenteritis
 - bei Personen, die eine Tätigkeit i.S. v. §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
 - bei 2 oder mehr Erkrankten mit wahrscheinlichem epidemiologischen Zusammenhang Erreger, falls bekannt: _____
- Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)
 - Akute respiratorische Symptome mit oder ohne Kontakt zu bestätigtem Fall
- Gefahr für die Allgemeinheit / Meldung von nosokomialen Häufungen
 - durch eine bedrohliche Krankheit oder
 - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemiologischen ZusammenhangArt der Erkrankung / Erreger, falls bekannt: _____
- Zusätzlich meldepflichtig im Land Brandenburg
 - Lyme-Borreliose
 - Herpes Zoster
 - Bläschenförmiger Ausschlag
 - Brennen/Jucken
 - Schmerzen („Zosterneuralgie“)
 - Gliederschmerzen Fieber

Epidemiologische Information

Symptome/Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (bitte wichtige Symptome einzeln aufzählen, falls nicht angekreuzt)

Betroffene Person ist:

- im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- ist im medizinischen Bereich (§23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) tätig betreut/untergebracht

Stationäre Behandlung im Krankenhaus/stat. Einrichtung: Aufn.: _____ Entl.: _____ Intensivmed. Behandlung ja nein; wenn ja: von _____ bis _____

Beatmung: ja nein; wenn ja, Beatmungstage von _____ bis _____

- in Kindertageseinrichtung z.B. Schulen, Kitas, Hort, Heim, Ferienlager (§ 33 IfSG) tätig betreut/untergebracht
- in Pflegeeinrichtungen, Unterbringung für Asylsuchende, Obdachlose, JVA (§ 36 IfSG) tätig betreut/untergebracht

Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: _____

Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis/kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): _____ von _____ bis _____

Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: _____

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrank., bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchskennung _____

Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: _____

Es wurde ein Labor /eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾ Name des Labors: _____ Probeentnahme am: _____

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten _____

➔ unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

Meldende Person/Name:

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):