

# Meldeformular

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

per Fax: **07561/9880-11**

**Vertraulich**

**Gesundheitsamt Ravensburg  
-Außenstelle Leutkirch-  
Wangener Straße 12**

**88299 Leutkirch**

Tel: 07561/9880-10

**Patient/in:**

Name: ..... Vorname: .....  Männlich  Weiblich Geburtsdatum: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: ..... |\_|\_|\_|\_| PLZ ..... Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,  
falls abweichend: ..... |\_|\_|\_|\_| PLZ ..... Ort

**Meldende Person / Einrichtung:**

.....  
Name der Einrichtung

.....  
Straße und Hausnummer

|\_|\_|\_|\_| PLZ ..... Ort

.....  
Meldender ..... Telefonnummer

Datum: |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Tag Monat Jahr

**Meldepflichtige Krankheit (Bitte entsprechend Verdacht, Erkrankung oder Tod ankreuzen)**

| Erkrankung   | Verdacht                         | Erkrankung                       | Tod                              | Bemerkungen  | Erkrankung   | Verdacht              | Erkrankung            | Tod                   | Bemerkungen   |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Botulismus   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisches (HUS) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Cholera  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Diphtherie   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Masern   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Humane spongiforme Enzephalopathie   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | außer familiär-hereditärer Formen  | Meningokokken-Meningitis/Sepsis                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Virus Hepatitis, akute (Virus unbekannt)   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Milzbrand  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Hepatitis A, akute   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Poliomyelitis  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | als Verdacht gilt jede schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt |
| Hepatitis B, akute   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Pest   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Hepatitis C, akute   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Typhus abdominalis                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Hepatitis D, akute   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  | Paratyphus   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |
| Hepatitis E, akute   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            |  |  |                       |                       |                       |   |
| Tollwut  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | auch die Verletzung durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers   |  |                       |                       |                       |   |
| Tuberkulose  | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | Meldung auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis, wenn vollständige Antituberkulotika-Therapie indiziert  |  |                       |                       |                       |   |
| Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | nur, wenn entweder bei ≥ 2 Erkrankungen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist oder eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist (§ 42 Abs. 1 IfSG)<br><b>Erregername (falls bekannt):</b><br>..... |  |                       |                       |                       |   |
| Andere bedrohliche Krankheit   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | .....<br><b>Erregername (falls bekannt):</b><br>.....  |  |                       |                       |                       |   |
| Erkrankungshäufigkeiten  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | ≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird<br><b>Erregername (falls bekannt):</b><br>.....   |  |                       |                       |                       |   |
| Impfschaden  | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist, erhoben   |  |                       |                       |                       |   |

○ = bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend

● = diese Meldung ist laut §§ 6, 8, 9 IfSG nicht vorgesehen

**Symptome/Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (bitte die wichtigsten Symptome einzeln aufzählen):**

.....  
.....

Tag der Erkrankung<sup>1</sup>: ..... Tag der Diagnose<sup>1</sup>: .....  
<sup>1</sup>wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Verstorben:  Nein  Ja Wenn ja, Todestag: |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  Nicht bekannt  
Tag Monat Jahr

**Wahrscheinliche Infektionsquelle:** Land: ..... Ort: .....

Weitere Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung):

.....

Blut-/Organ-/Gewebspesende in den letzten 6 Monaten<sup>2</sup>:  Nein  Ja  Nicht bekannt

<sup>2</sup> Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut oder Gewebspesende übertragen werden können

Wenn ja, nähere Angaben: .....

**Aufenthalt/Überweisung/Aufnahme in Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege (soweit bekannt):**

Nein  Ja, Wenn ja, wo: .....  
Name der Einrichtung Station/Abteilung

Anschrift: .....  
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Aufnahme am: |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_| Entlassung am: |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

**Impfstatus zur Erstellung der Diagnose:**

Impfstatus in Bezug auf gemeldete Erkrankung, gegen die Impfstoffe zur Verfügung stehen oder standen (z.B. bei Cholera, Diphtherie, FSME, HiB, Hepatitis A oder B, Influenza, Masern, Meningokokken, Poliomyelitis, S. typhi, Tuberkulose)

nicht geimpft  geimpft Anzahl der erhaltenen Impfdosen: |\_|\_|\_| Letzte Impfdosis: |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  
 Impfstatus nicht bekannt Tag Monat Jahr

**Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich:**

- Tätigkeit des/der Erkrankten in medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG)
- Tätigkeit des/der Erkrankten im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera) (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (z.B. Schule, Kinderkrippe, § 33 IfSG)

.....  
Name der Einrichtung Straße und Hausnummer PLZ Ort

.....  
Name der Einrichtung Straße und Hausnummer PLZ Ort

**Labor/Untersuchungsstelle, das/die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde:** .....

.....  
Name des Labors

.....  
Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefonnummer

= bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend

Seite 2 der Meldung von (Name):.....