

Patient/-in (Name, Vorname, Geb.Dat., Adresse) Geschlecht:  weibl.  männl.  
  
Telefon (bitte eintragen):

# Meldeformular - Vertraulich -



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

Verdacht Erkrankungsdatum<sup>1)</sup>: .....  
 Klinische Diagnose Diagnosedatum<sup>1)</sup>: .....  
 Tod, Todesdatum: ..... Datum der Meldung: .....

<input type="checkbox"/> Botulismus	<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild	<input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile Infektion (schwerer Verlauf)	<input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> W-F-Syndrom	<input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme erforderlich	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen	<input type="checkbox"/> Windpocken (NICHT Gürtelrose)
<input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation	<input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen	<input type="checkbox"/> Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“)
<input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie)	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Exanthem	<input type="checkbox"/> Zoonotische Influenza (RKI-Empfehlungen beachten, gesonderter Meldebogen)
<input type="checkbox"/> Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung	<input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhauteinblutungen	<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
<input type="checkbox"/> pseudomembranöse Kolitis (endoskop.)	<input type="checkbox"/> Milzbrand	<input type="checkbox"/> Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditären Formen)	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Geschw. Speicheldrüse(n)	<input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hörverlust	<input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl./ vermutetem epidemischen Zusammenhang
<input type="checkbox"/> Hautdiphtherie	<input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Oophoritis	Erreger <sup>2)</sup> : .....
<input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral	<input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis <input type="checkbox"/> Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit (§ 6 Abs.1 Nr. 5 IfSG)
Erreger <sup>2)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit
<input type="checkbox"/> Hepatitis, akut viral; Typ <sup>2)</sup> : .....	<input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (zwei oder mehr Fälle mit wahrscheinl. / vermutetem epidemischem Zusammenhang)
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> Husten (mind. zwei Wochen Dauer)	Art der Erkrankung / Erreger <sup>2)</sup> : .....
<input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden	<input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten	<input type="checkbox"/> Gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen (gemäß § 6 Abs. 3 IfSG)
<input type="checkbox"/> Serumtransaminasen, erhöhte	<input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor	
<input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)	<input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen	
<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische	<input type="checkbox"/> NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten UND Apnoen	
<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Pest	
<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Röteln	
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Exanthem	<input type="checkbox"/> Postnatal <input type="checkbox"/> Konnatal	
<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Konjunktivitis	<input type="checkbox"/> Tollwut	
<input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)	<input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)	
	<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis	

### 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 im **Krankenhaus / in stationärer Pflegeeinrichtung** seit: .....  
 **Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (zwei oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, Exposition

Name / Ort der Einrichtung:

.....  
.....  
.....

### Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): .....

Auslandsaufenthalt von: ..... bis: ..... Land: .....

Aufenthalt in anderem Landkreis von: ..... bis: ..... Landkreis: .....

Blut-/ Organ- / Gewebespende in den letzten sechs Monaten .....

Bei Tuberkulose: Geburtsland: ..... Staatsangehörigkeit: .....

### Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

Geimpft, Anzahl Impfdosen: ..... Datum der letzten Impfung: .....  nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes  
per Mail an: infektionsschutz@landkreishildesheim.de  
per Fax an: 05121 - 309 7809

**Außerhalb der Dienstzeit in dringenden Fällen Information an  
Regionalleitstelle Hildesheim 05121 - 301 2222**

Fachdienst Gesundheit 05121 - 309 7151  
Landkreis Hildesheim **Arztsache!**  
Ludolfingerstraße 2, 31137 Hildesheim

Es wurde ein **Labor** /eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>3)</sup>  
Name/Ort/Telefonnummer des Labors:

.....  
.....  
Probenahme am: .....

Meldende Person/Einrichtung  
(Ärztin/Arzt, Praxis/Krankenhaus: Adresse, Telefonnummer)

<sup>1)</sup> Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben <sup>2)</sup> Falls bekannt  
<sup>3)</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)