

Patient/in (Name, Vorname, Adresse) Geschlecht: weibl.
 männl.

geb. am: _____
 Telefon¹: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Meldeformular

- Vertraulich -



Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht**
 Klinische Diagnose
 Tod Todesdatum: _____

Nur bei impfpräventablen Krankheiten²:
 Gegen diese Krankheit
 Geimpft zuletzt Nicht geimpft
 Datum: _____
 Anzahl Impfdosen: _____
 Impfstoff: _____

¹ Telefonnummer und Impfstatus des Patienten/ der Patientin bei Einverständnis des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

- Botulismus**
 Cholera
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
 (außer familiär-hereditären Formen)
 Diphtherie
 Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt
Erreger, falls bekannt: _____
- Hepatitis, akute virale; Typ:** _____
 Ikterus
 Lebertransaminasen, erhöhte
 Oberbauchbeschwerden
 Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
 Anämie, hämolytische
 Thrombozytopenie
 Nierenfunktionsstörung
- Masern**
 Exanthem
 Fieber
 Husten
 Katarrh (wässriger Schnupfen)
 Konjunktivitis
 Kopliksche Flecken
- Menigokokken-Meningitis/-Sepsis**
 Fieber
 Meningeale Zeichen
 Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
 Hirndruckzeichen
 Kreislaufversagen, rasch einsetzend

- Milzbrand**
 Mumps
 Geschwollene Speicheldrüse(n)
 Fieber
 Meningitis
 Enzephalitis
 Hörverlust
 Orchitis (Hodenentzündung)
 Oophortis (Eierstockentzündung)
 Pankreatitis
- Paratyphus**
 Pertussis
 Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 Anfallsweise auftretender Husten
 Inspiratorischer Stridor
 Erbrechen nach den Hustenanfällen
 NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoe
- Pest**
 Poliomyelitis
 Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)**
 Generalisierter Ausschlag
 Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
 Arthritis/Arthralgien
- Röteln (konnatal)**
 Tollwut
 Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
 Typhus abdominalis

- Milzbrand**
 Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
 Therapieabbruch/-verweigerung
- Windpocken (NICHT Gürtelrose)**
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
 (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder**
- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlich oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang**
- Erreger, falls bekannt**

- Gefahr für die Allgemeinheit durch eine**
- bedrohliche andere Krankheit**
- Häufung anderer Erkrankungen**
 (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlicher oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang)
- Art der Erkrankung / Erreger:**

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, Kindergrüppe, 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 in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: _____
 Name/Ort der Einrichtung: _____
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: _____
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): _____
 von: _____ bis: _____
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: _____
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²
 Name/Ort des Labors: _____ Probeentnahme am: _____

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:
 Landratsamt Augsburg
 Staatliches Gesundheitsamt
 Prinzregentenplatz 4
 86150 Augsburg
 Tel.: 0821/3102-2101
 Fax: 0821/3102-2132

Erkrankungsdatum³:

Diagnosedatum³:

Datum der Meldung:

Meldene Person
 (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenaus, Adresse, Telefonnr.):

² Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

³ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.