

Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Meldende Einrichtung/Praxis

Einrichtungsname	
Adresse	
PLZ	Ort

Meldende Person

Vorname	Nachname
Telefon	
E-Mail	

Meldung

Durch diese Person	
wurde folgende Krankheit <input type="checkbox"/> festgestellt <input type="checkbox"/> als Verdacht geäußert	
<input type="checkbox"/> Tod	Todesdatum

<input type="checkbox"/> Botulismus
<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform
<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridium-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Formen)
<input type="checkbox"/> Diphtherie

<input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral
Erreger, falls bekannt:
<input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale, Typ
<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
<input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie
<input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)
<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen

<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Konjunktivitis
<input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung
<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild
<input type="checkbox"/> Milzbrand
<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis <input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung) <input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzündung) <input type="checkbox"/> Pankreatitis
<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt)
<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien <input type="checkbox"/> Rötelnembryopathie

<input type="checkbox"/> Tollwut
<input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis
<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
<input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)
<input type="checkbox"/> Zoonotische Influenza (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
<input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
<input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder <input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Erreger, falls bekannt:
<input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit
<input type="checkbox"/> durch eine bedrohliche andere Krankheit <input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)
Art der Erkrankung / Erreger (z.B. Skabies):

Betroffen ist folgende Person

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Telefon	
Adresse			
PLZ		Wohnort	
Erkrankungsdatum oder vermutlicher Zeitraum		Diagnosedatum oder vermutlicher Zeitraum	
Nur bei impfpräventablen Krankheiten, Angabe mit Einverständnis des Patienten / der Patientin <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> nicht geimpft			
Datum letzter Impfung:		Anzahl Impfdosen:	
Impfstoff:			

Epidemiologische Situation

<input type="checkbox"/> Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
<input type="checkbox"/> Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
<input type="checkbox"/> Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
<input type="checkbox"/> Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
<input type="checkbox"/> Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung, seit Name/Ort der Einrichtung
<input type="checkbox"/> Derzeitiger Aufenthaltsort ist abweichend von Anschrift Ort
<input type="checkbox"/> Wahrscheinlicher Infektionsort ist abweichend von Aufenthaltsort Landkreis/Kreisfreie Stadt, Land, Datum von bis
<input type="checkbox"/> Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.
<input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt (Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)) Name/Ort des Labors
Probeentnahme am

Den ausgefüllten Fragebogen und die Anlagen senden Sie bitte an:

Landratsamt Dillingen a.d.Donau
Fachbereich Gesundheit
Große Allee 24
89407 Dillingen a.d.Donau