

Landratsamt Dillingen a.d.Donau Fachbereich Gesundheit 09071 / 51 - 441 hygiene@landratsamt.dillingen.de Mo. bis Fr. von 9:00 bis 12:00 Uhr

## 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	stgestellt □ als	s Verdacht geäußert		
☐ Tod		Todesdatum		
☐ Botulismus ☐ Cholera		akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)		
☐ Clostridium-difficile-Infektion, s Verlaufsform ☐ Stationäre Aufnahme zur B einer ambulant erworbener ☐ Aufnahme/Verlegung auf ei Intensivstation ☐ Chirurgischer Eingriff (z.B. aufgrund eines Megakolons Darmperforation oder einer refraktären Kolitis ☐ Tod innerhalb von 30 Tagel Diagnose und Wertung der difficile-Erkrankung als dire Todesursache oder als zun beitragende Erkrankung	ehandlung n Infektion ne  Kolektomie) s, einer Therapie- n nach Clostridium– kte	□ allgemeine Krankheitszeichen   □ Atemnot (Dyspnoe)   □ Bauchschmerzen   □ beschleunigte Atmung (Tachypnoe)   □ Durchfall □ Durchfall, blutig   □ Erbrechen □ Fieber   □ Geruchsverlust □ Geschmacksverlust   □ Gliederschmerzen □ Halsschmerzen   □ Herzrhythmusstörung (Tachykardie)   □ Husten □ Lungenentzündung (Pneumonie)   □ Schnupfen		
COVID-19		☐ Diphtherie		
□keine		Hämorrhagisches Fieber, viral		

☐ Hepatitis, akute virale, Typ ☐ Fieber ☐ Ikterus ☐ Lebertransaminasen, erhöht	0	Poliomyelitis (Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt)	
Oberbauchbeschwerden	е	Röteln	
☐ HUS (hämolytisch-urämisches enteropathisch) ☐ Anämie, hämolytische ☐ Nierenfunktionsstörung ☐ Thrombozytopenie	Syndrom,	☐ Exanthem ☐ Lymphadenopathie im Kopf-Hals- Nackenbereich ☐ Arthritis/Arthralgien ☐ Rötelnembryopathie	
☐ Keuchhusten (Pertussis)		 ☐ Tollwut	
☐ Husten (mind. 2 Wochen Da☐ Anfallsweise auftretender He☐ Inspiratorischer Stridor		☐ Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)	
Erbrechen nach den Husten		Typhus abdominalis	
☐ NUR bei Kindern <1 Jahr: H Apnoen	lusten und	Tuberkulose	
☐ Masern		<ul> <li>☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriol. Nachweis</li> <li>☐ Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)</li> </ul>	
☐ Masernfolgeerkrankung ☐ Exanthem ☐ Fieber			
☐ Husten☐ Katarrh (wässriger Schnupfe	en)	☐ Windpocken (Varizellen)	
Konjunktivitis  Meningokokken, invasive Erkra		Zoonotische Influenza (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)	
☐ Ekchymosen ☐ Exanthem ☐ Fieber ☐ Herz-/Kreislaufversagen	aag	Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)	
☐ Hirndruckzeichen☐ Lungenentzündung		☐ Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis	
<ul><li>☐ Meningeale Zeichen</li><li>☐ Petechien</li><li>☐ Septisches Krankheitsbild</li></ul>		bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder	
☐ Milzbrand ☐ Mumps		☐ bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang	
Geschwollene Speicheldrüs	e(n)	Erreger, falls bekannt:	
☐ Fieber ☐ Hörverlust		Gefahr für die Allgemeinheit / Sonstiges	
☐ Meningitis/Enzephalitis ☐ Orchitis (Hodenentzündung) ☐ Oophoritis (Eierstockentzündung) ☐ Pankreatitis		durch eine bedrohliche andere Krankheit Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)	
Paratyphus		Art der Erkrankung / Erreger (z.B. Skabies):	
☐ Pest			
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 geimpft			
Datum letzter Impfung:	Anzahl Impfdosen:		
Impfstoff:			
Epidemiologische Situation			
☐ Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig			
Tätigkeit			
Name/Ort der Einrichtung			
Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)			
Tätigkeit			
Name/Ort der Einrichtung			
Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst.  Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)			
Tätigkeit			
Name/Ort der Einrichtung			
Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)			
☐ Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pfle	geeinrichtung, seit		
Name/Ort der Einrichtung			
☐ Derzeitiger Aufenthaltsort ist abweichend von	Anschrift		
Ort			
☐ Wahrscheinlicher Infektionsort ist abweichend von Aufenthaltsort			
Landkreis/Kreisfreie Stadt, Land, Datum von b	ois		
☐ 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 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