

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Telefon¹⁾:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum:

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:
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

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden

- 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
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis
 - Fieber
 - Meningeale Zeichen
 - Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
 - Hirndruckzeichen
 - Kreislaufversagen, rasch einsetzend

- Milzbrand
- Mumps
 - Geschwollene Speicheldrüse(n)
 - Fieber
 - Meningitis
 - Enzephalitis
 - Hörverlust
 - Orchitis (Hodenentzündung)
 - Oophoritis (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 Apnoen
- 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

- Tuberkulose
 - 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 Melde-
bogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder
akute infektiöse Gastroenteritis

- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne
des § 42 Abs.1IfSG im Lebensmittelbereich
ausüben oder
- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit
wahrscheinlichem oder vermutetem
epidemiologischem Zusammenhang
Erreger, falls bekannt:

Gefahr für die Allgemeinheit durch eine

- bedrohliche andere Krankheit
- Häufung anderer Erkrankungen
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem 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, 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 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: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Kreisverwaltung Cochem-Zell
-Gesundheitsamt-
Endertplatz 2
56812 Cochem

E-Mail: gesundheitsamt@cochem-zell.de
Fax: 02671/61-380

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, 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.