

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

☐ Nicht geimpft

Datum (letzte Impfung):

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

☐ Botulismus

☐ Cholera

☐ Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform

- ☐ Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion
- ☐ Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
- ☐ Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis
- ☐ Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridium-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Formen)

☐ Diphtherie

☐ Hämorrhagisches Fieber, viral

Erreger, falls bekannt:

☐ Hepatitis, akute virale; Typ:

- ☐ Fieber ☐ Lebertransaminasen, erhöhte
- ☐ Ikterus ☐ Oberbauchbeschwerden

☐ HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)

- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie

☐ Keuchhusten (Pertussis)

- ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- ☐ Anfallsweise auftretender Husten
- ☐ Inspiratorischer Stridor
- ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen
- ☐ NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen

☐ Masern

- ☐ Exanthem ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ Fieber ☐ Konjunktivitis
- ☐ Husten

☐ Meningokokken, invasive Erkrankung

- ☐ Ekchymosen ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Exanthem ☐ Petechien
- ☐ Fieber ☐ Septisches Krankheitsbild
- ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen
- ☐ Lungenentzündung

☐ Milzbrand

☐ Mumps

- ☐ Geschwollene Speicheldrüse(n)
- ☐ Fieber
- ☐ Hörverlust
- ☐ Meningitis/Enzephalitis
- ☐ Orchitis (Hodenentzündung)
- ☐ Oophoritis (Eierstockentzündung)
- ☐ Pankreatitis

☐ Paratyphus

☐ Pest

☐ Poliomyelitis

Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt

☐ Röteln

- ☐ Exanthem
- ☐ Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
- ☐ Arthritis/Arthralgien
- ☐ Rötelnembryopathie

☐ 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 (§ 6 Abs. 2 IfSG)

☐ Windpocken (Varizellen)

☐ Zoonotische Influenza

(bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)

☐ 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 wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang

Erreger, falls bekannt:

☐ Gefahr für die Allgemeinheit

- ☐ durch eine bedrohliche andere Krankheit
- ☐ Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)

Art der Erkrankung / Erreger:

☐ Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

- ☐ akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall

☐ ≥ 2 Pneumonien in medizinischer Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang

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:

Landratsamt Lindau (Bodensee)
Gesundheitsamt
Bregenzer Str. 35, 88131 Lindau (B)

Fax 08382 / 270-633

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

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

²⁾ Die Laborausschlusskennziffer 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.