Patient (Name, Vorname, Adresse): geb. am:

Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

Telefon (bitte eintragen):

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ **Verdacht**

☐ **Klinische Diagnose**

☐ **Tod:**
Todesdatum: ___ / ___ / _____

Erkrankungsdatum[1]**:** .....

Diagnosedatum[1]**:** .....

Datum der Meldung: .....

☐ **Botulismus**

☐ **Cholera**

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

☐ **Diphtherie**

☐ **Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**

☐ **Hepatitis, akute virale; Typ**[2]**:** .....
- ☐ Ikterus
- ☐ Oberbauchbeschwerden
- ☐ Lebertransaminasen, erhöhte
- ☐ Fieber
- ☐ Chron.Hep. bekannt seit: .....
- ☐ HCV-Nachweis ist Erstmeldung

☐ **HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- ☐ Durchfall
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Erbrechen
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie
- ☐ Anämie, hämolytische

☐ **Masern**
- ☐ Respiratorische Symptomatik
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ Konjunktivitis
- ☐ Koplikssche Flecken
- ☐ Fieber
- ☐ Exanthem

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

☐ **Milzbrand**

☐ **Paratyphus**

☐ **Poliomyelitis**
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt

☐ **Pest**

☐ **Tollwut**

☐ **Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG)

☐ **Tuberkulose**
- ☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
- ☐ Therapieabbruch/-verweigerung
- ☐ Ergänzung/Änderung/Rücknahme der Meldung
- ☐ stationäre Entlassung:.....

☐ **Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
- ☐ **a)** Bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
- ☐ **b)** bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang

Erreger[2]**:** .....

☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

☐ **Bedrohliche andere Krankheit**

.....

☐ **Häufung anderer Erkrankungen**
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit

Art der Erkrankung / Erreger: [2]

[2] **falls bekannt** .....

☐ 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 im Krankenhaus/stationäre Pflegeeinrichtung seit: .....

Name / Ort der Einrichtung:

.....

.....

.....

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Aktivität): ....

☐ Auslandsaufenthalt von: ..... bis: .....Land:.....

☐ Aufenthalt in anderem Kreis von: ..... bis: .....Kreis:.....

☐ Blut-/ Organ- / Gewebespende in den letzten 6 Monaten ....

Bei Tuberkulose: Geburtsland: ....Staatsangehörigkeit:.....

Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

☐ geimpft: Anzahl Impfdosen: ..... Datum der letzten Impfung _ _ / _ _ / _ _ _ _

☐ nicht geimpft

☐ Impfstatus unbekannt

▶ **unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Stadt Oldenburg
Fax: 0441 235-8620
Infektionsschutz: Telefon: 235-8636
oder 235-8637
TBC- Beratung: Telefon: 235-8657
oder 235-8659

☐ Es wurde ein **Labor** / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt[3]

Name/Ort des Labors:

.....

.....

Probenahme am: ___ / ___ / _____

Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.):

[1] wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. [2] falls bekannt

[3] Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 – 30449 Hannover – www.nlga.niedersachsen.de