

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): Geschlecht:  weibl.  männl.

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

<sup>1)</sup> Telefonnummer bitte angeben

# Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Verordnung zur Erweiterung der Meldepflicht (§15 IfSG)

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

**Nur bei impfpräventablen Krankheiten:**  
Gegen diese Krankheit

- Geimpft zuletzt:**  **Nicht geimpft**
- Datum: .....
- Anzahl Impfdosen: .....
- Impfstoff: .....

- Aviäre Influenza**
- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**  
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
- Hepatitis, akute virale, Typ:** .....
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Masern**
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- Milzbrand**
- Mumps**
- Paratyphus**
- Pertussis**
  - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
  - Anfallsweise auftretender Husten
  - Inspiratorischer Stridor
  - Erbrechen nach den Hustenanfällen
  - Apnoe (bei Säuglingen)
- Pest**

- Poliomyelitis**  
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
  - Röteln (postnatal)**
  - 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**
  - 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<sup>2)</sup>** .....

- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
  - Bedrohliche andere Krankheit** (z.B. schwer verlaufende Infektion durch Clostridium difficile: CDAD)
  - .....
  - Häufung anderer Erkrankungen**  
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit
- Art der Erkrankung / Erreger<sup>2)</sup>:**  
.....

## Zusätzlich meldepflichtige Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

- Lyme-Borreliose**
- Herpes zoster**
  - bläschenförmiger Ausschlag
  - Schmerzen („Zosterneuralgie“)
  - Brennen oder Jucken am Ort des Auftretens
  - Gliederschmerzen
  - Fieber

<sup>2)</sup> falls bekannt

**Symptome/Kriterien**, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (*bitte wichtige Symptome einzeln aufzählen, falls nicht oben angekreuzt*)

.....  
.....

## 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)  
genauere Informationen (Tätigkeit /Firma etc.): .....
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig** z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG) Name/Ort der Einrichtung: .....
- Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG) Name/Ort d. E.: .....
- Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: ..... Name/Ort der Einrichtung: .....
- Patient/in war im Ausland von: ..... bis: ..... Land/Länder: .....
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>2)</sup>: (Falls vorhanden, Laborbefund beifügen.)  
Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

## ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:  
**Landkreis Märkisch-Oderland**  
**Gesundheitsamt**  
**FD Hygiene und Umweltmedizin**  
**Puschkinplatz 12**  
**15306 Seelow**  
**E-Mail: gesundheitsamt@landkreismol.de**  
**FAX: 03346 – 850 6709**

**Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:** Adresse, Telefonnummer (Stempel) der **meldenden Person** (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus):

**Diagnosedatum<sup>3)</sup>:**

**Datum der Meldung:**

<sup>2)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).  
<sup>3)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.