

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht:  weibl.  männl.

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

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

Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:  
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
  - Chirurgicaler 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 beauftragt<sup>2)</sup>  
Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Ebersberg  
Eichthalstraße 5  
85560 Ebersberg  
[gesundheitsamt@lra-ebe.de](mailto:gesundheitsamt@lra-ebe.de)  
Fax-Nr. 08092-823390

Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:

.....

Diagnosedatum<sup>3)</sup>:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person  
(Arztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

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