

Meldeformular -Vertraulich-

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung:

Betroffene Person: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> Geburtsdatum _____ / ____ / ____ <small style="margin-left: 300px;">Tag Monat Jahr</small> <small style="color: red;">Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.</small>	bei impfpräventablen Krankheiten <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung: ____ / ____ / ____ <small style="margin-left: 200px;">Tag Monat Jahr</small> Impfstoff:
	bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat: _____ Staatsangehörigkeit: Jahr der Einreise nach Deutschland:
	Zugehörigkeit zur Bundeswehr <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
Meldende Person <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))</small>	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod <input type="radio"/> Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 Datum der Verdachts-/Diagnose:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn: ____ / ____ / ____ (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum: ____ / ____ / ____ (Tag/Monat/Jahr) Infektionszeitpunkt/-raum:

Klinische Informationen

Krankheit:

Erreger, Typ:

Symptome (s. auch Rückseite):

bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Behandlungsergebnis:

Serostatus:

Epidemiologische Informationen

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) tätig betreut/untergebracht

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: bis:
 intensivmedizinische Behandlung von: bis:

in Einrichtungen und Unternehmen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG) tätig betreut/untergebracht

Schule Kita Heim Obdachlosenunterkunft

im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) tätig

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: **Ausbruchskennung:**

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen **Infektionsquelle /-umfeld** (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

(Auslands-)Aufenthalt von: bis: Ort/Bundesland
 Staat:

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt
(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden:

Gesundheitsamt Saar-Pfalz-Kreis
 Am Forum 1
 66424 HOMBURG
 FAX:06841/1047501
gesundheitsamt@saarpfalz-kreis.de

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der <i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome jeder Schwere <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) <input type="checkbox"/> Kontakt mit einem bestätigten Fall *Meldepflicht auch bei Hospitalisierung
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis, akute virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber
Masernfolgeerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüse ≥ 2 Tage <input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Oophoritis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche				≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Orthopockenviren/MPox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten <input type="checkbox"/> keine Sensibilitätsstörung
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal (o generalisierter Ausschlag, o Arthritis/Arthralgien, o Lymphknotenschwellung)
Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien Schluckmuskulatur (Empfindungsstörungen) im Körperteil <input type="checkbox"/> Hydrophobie (Wasserscheu) der Bissstelle
Tollwutexposition				Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder - ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Typhus abdominalis/Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o.Pusteln.
Zoonotische Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte gesonderten Meldebogen nutzen
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	<input type="checkbox"/>			Bitte gesonderten Meldebogen des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen (UAW)