

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

# Arzt-Meldeformular - Vertraulich -

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

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

- Verdacht
- Klinische Diagnose
- Tod Datum: \_\_\_\_\_
- Erkrankungsdatum<sup>2)</sup>: \_\_\_\_\_
- Diagnosedatum<sup>2)</sup>: \_\_\_\_\_
- Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Impfstatus:

- (bei impfpräventablen Krankheiten)
- Geimpft, Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_
  - Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_
  - Impfstoff: \_\_\_\_\_
  - Nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

<sup>1)</sup>Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Botulismus</li> <li><input type="checkbox"/> Cholera</li> <li><input type="checkbox"/> Clostridium difficile / CDAD           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wiederaufnahme wegen Rezidiv</li> <li><input type="checkbox"/> Verlegung auf Intensivstation</li> <li><input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie</li> <li><input type="checkbox"/> Tod &lt;30 Tage nach Diagnose oder mit zum Tode beitragend</li> <li><input type="checkbox"/> Ribotyp O 27</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)</li> <li><input type="checkbox"/> Diphtherie</li> <li><input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt<br/>Erreger (falls bekannt): _____</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ: _____           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ikterus</li> <li><input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte</li> <li><input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden</li> <li><input type="checkbox"/> Fieber</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische</li> <li><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie</li> <li><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Masern           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Exanthem</li> <li><input type="checkbox"/> Fieber</li> <li><input type="checkbox"/> Husten</li> <li><input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)</li> <li><input type="checkbox"/> Konjunktivitis</li> <li><input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fieber</li> <li><input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen</li> <li><input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen</li> <li><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen</li> <li><input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Milzbrand</li> <li><input type="checkbox"/> Mumps           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fieber</li> <li><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n)</li> <li><input type="checkbox"/> Meningitis</li> <li><input type="checkbox"/> Enzephalitis</li> <li><input type="checkbox"/> Hörverlust</li> <li><input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung)</li> <li><input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzündung)</li> <li><input type="checkbox"/> Pankreatitis</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Paratyphus</li> <li><input type="checkbox"/> Pertussis           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)</li> <li><input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten</li> <li><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor</li> <li><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen</li> <li><input type="checkbox"/> NUR bei Kindern &lt;1Jahr: Husten UND Apnoen</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Pest</li> <li><input type="checkbox"/> Poliomyelitis<br/>(Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)</li> <li><input type="checkbox"/> Röteln (postnatal)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Generalisierter Ausschlag</li> <li><input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackengebiet</li> <li><input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Röteln (konnatal)</li> <li><input type="checkbox"/> Tollwut</li> <li><input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs.1 Nr. 4 IfSG)</li> <li><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberkulose           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis</li> <li><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Windpocken (NICHT Gürtelrose)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> klinisches Bild, spezifisch</li> <li><input type="checkbox"/> klinisches Bild, unspezifisch</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben</li> <li><input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemischen Zusammenhang</li> </ul>           Erreger (falls bekannt): _____         </li> <li><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung<br/>Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist</li> <li><input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit durch:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit</li> <li><input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen<br/>(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|---|

Art der Erkrankung / Erreger:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patient/in war im Ausland von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Land / Länder: \_\_\_\_\_

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle: \_\_\_\_\_

Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
Erregernamen, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition etc.: \_\_\_\_\_

### ► unverzüglich zu melden an:

**Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:**  
**Gesundheitsamt Warendorf**  
**Waldenburgerstr. 2-4**  
**48231 Warendorf**  
**FAX: 02581-535399**

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<sup>3</sup>

Name / Ort / Telefonnummer des Labors:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Meldende Person

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>2)</sup> Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

<sup>3)</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.