

# Meldeformular -Vertraulich-

## Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung: .....

<b>Betroffene Person</b> <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>  <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers  Geburtsdatum ...../...../..... <small>Tag Monat Jahr</small>	<b>bei impfpräventablen Krankheiten</b> <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: ..... Datum der letzten Impfung: ...../...../..... Impfstoff: ..... Tag Monat Jahr
	<b>bei Tuberkulose, Hepatitis B und C</b> Geburtsstaat: ..... Staatsangehörigkeit: ..... Jahr der Einreise nach Deutschland: .....
	<b>Zugehörigkeit zur Bundeswehr</b> <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
<b>Meldende Person</b> <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod Datum der Verdachts-/Diagnose: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr) wahrscheinl. Zeitpunkt/-raum der Infektion:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Botulismus</li> <li><input type="radio"/> Cholera</li> <li><input type="radio"/> Clostridioides-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion</li> <li><input type="radio"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation</li> <li><input type="radio"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis</li> <li><input type="radio"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK<br/><small>(außer familiär-hereditäre Formen)</small></li> <li><input type="radio"/> Diphtherie                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Respiratorische Diphtherie</li> <li><input type="radio"/> Hautdiphtherie</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Hämorrhagisches Fieber, viral<br/>                             Erreger, falls bekannt: .....</li> <li><input type="radio"/> Hepatitis, akute virale; Typ: .....</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Anämie, hämolytische</li> <li><input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung</li> <li><input type="radio"/> Thrombozytopenie</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Keuchhusten (Pertussis)</li> <li><input type="radio"/> Masern</li> <li><input type="radio"/> Masernfolgeerkrankung<br/><small>(Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis)</small></li> <li><input type="radio"/> Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis</li> <li><input type="radio"/> Milzbrand</li> <li><input type="radio"/> Mumps</li> <li><input type="radio"/> Paratyphus</li> <li><input type="radio"/> Pest</li> <li><input type="radio"/> Poliomyelitis</li> <li><input type="radio"/> Röteln</li> <li><input type="radio"/> Tollwut</li> <li><input type="radio"/> Tollwutexposition</li> <li><input type="radio"/> Typhus abdominalis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Tuberkulose                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis</li> <li><input type="radio"/> Therapieabbruch/-verweigerung</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> Windpocken</li> <li><input type="radio"/> Zoonotische Influenza<br/><small>(bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)</small></li> <li><input type="radio"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich</li> <li><input type="radio"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl. epidemischem Zusammenhang</li> </ul>                             Erreger, falls bekannt: .....                         </li> <li><input type="radio"/> bedrohliche übertragbare Krankheit<br/>                             Art der Erkrankung/ Erreger: .....                         </li> <li><input type="radio"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung<br/><small>(Bitte gesonderten Meldebogen nutzen)</small></li> <li style="background-color: #f0f0f0;"><input type="radio"/> Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall</li> <li><input type="radio"/> ≥ 2 Pneumonien in medizinischer Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|---|

### Epidemiologische Situation

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung intensivmedizinische Behandlung in Einrichtungen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG) <input type="radio"/> Schule <input type="radio"/> Kita <input type="radio"/> Heim <input type="radio"/> Obdachlosenunterkunft <input type="radio"/> JVA <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonst. Massenunterkünfte im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)	<input type="radio"/> tätig <input type="radio"/> betreut/untergebracht von: ..... bis: ..... von: ..... bis: ..... <input type="radio"/> tätig <input type="radio"/> betreut/untergebracht <input type="radio"/> tätig	}	Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung: ..... ..... .....
--	---	---	---

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)  
 Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.:

Angaben zur möglichen Infektionsquelle (z.B. Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität):

(Auslands-)Aufenthalt von: ..... bis: ..... Ort/Bundesland /Land: .....

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

<input type="radio"/> Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt <small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>  Datum der Probenentnahme: ...../...../..... <small>Tag Monat Jahr</small>	<input type="radio"/> unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden <a href="https://tools.rki.de/PLZTool/">(https://tools.rki.de/PLZTool/)</a> : <small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> Kreis Offenbach Fachdienst Gefahrenabwehr- und Gesundheitszentrum Gottlieb-Daimler-Straße 10 63128 Dietzenbach  Telefon 06074 8180-63707, Fax 06074 8180-1920 E-Mail gesundheit@kreis-offenbach.de
--	---