

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

geb. am:

Telefon¹⁾:

¹⁾ 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
- Erreger²⁾**

- 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 / Erreger²⁾:**
.....

Zusätzlich meldepflichtige Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

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

²⁾ 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 beauftragt²⁾: (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

Erkrankungsdatum³⁾: Adresse, Telefonnummer (Stempel) der **meldenden Person** (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus):

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

²⁾ Die Laborauschlusskennziffer 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.