

Patient (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon (bitte eintragen): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Verdacht</b>	Erkrankungsdatum <sup>1)</sup> : .....
<input type="checkbox"/> <b>Klinische Diagnose</b>	Diagnosedatum <sup>1)</sup> : .....
<input type="checkbox"/> <b>Tod:</b>	Datum der Meldung: .....
Todesdatum: : ___ / ___ / _____	

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**  
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
- Hepatitis, akute virale; Typ<sup>2)</sup>:** .....
- Ikterus
- Oberbauchbeschwerden
- Lebertransaminasen, erhöhte
- Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Durchfall
- Bauchschmerzen
- Erbrechen
- Nierenfunktionsstörung
- Thrombozytopenie
- Anämie, hämolytische

- Masern**
- Respiratorische Symptomatik
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis
- Kopliksche Flecken
- Fieber
- Exanthem
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- Fieber
- Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
- Hirndruckzeichen
- Meningeale Zeichen
- Kreislaufversagen, rasch einsetzend
- Milzbrand**
- Paratyphus**
- Poliomyelitis**  
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
- Pest**
- 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
- 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
- Erreger<sup>2)</sup>: .....
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
- Bedrohliche andere Krankheit**  
.....
- Häufung anderer Erkrankungen**  
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit  
**Art der Erkrankung / Erreger:** <sup>2)</sup> .....

- 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. Massenerkünfte (§§ 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:

.....

.....

.....

- Teil einer Erkrankungshäufung** (nähere Erläuterungen): .....
- (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird).....

### Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Aktivität): .....

- Auslandsaufenthalt von: ..... bis: ..... Land: .....
- Aufenthalt in anderem Kreis von: ..... bis: ..... Kreis: .....
- Blut-/ Organ- / Gewebespende in den letzten 6 Monaten .....
- Bei Tuberkulose: Geburtsland: ..... Staatsangehörigkeit: .....

### Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

- geimpft: Anzahl Impfdosen: ..... Datum der letzten Impfung \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
- nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:  
**Landkreis Cuxhaven**  
 Gesundheitsamt  
 27474 Cuxhaven  
 Fax: 04721/66-270563  
 Email: gesundheitsamt@landkreis-cuxhaven.de

- Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>3)</sup>
- Name/Ort des Labors:  
.....
- .....
- Probenahme am: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.):

<sup>1)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. <sup>2)</sup> falls bekannt  
<sup>3)</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).  
 Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 - 30449 Hannover - www.nlga.niedersachsen.de