

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

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Verdacht Klinische Diagnose Tod, Todesdatum:

Erkrankungsdatum¹⁾: Infektionszeitpunkt, -zeitraum

Diagnosedatum¹⁾: am/vom-bis: 1)

Datum der Meldung: Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall (Vor/Nachname):

Risikogebiet⁵⁾:

Telefon (Festnetz, mobil): _____

E-Mail: _____

geb. am: _____

- Botulismus
- Cholera
- Clostridioides (früher Clostridium) difficile
Infektion (schwerer Verlauf)
 Labornachweis liegt vor
 Endoskopie: pseudomembranöse Kolitis
Kriterien für einen schweren Verlauf einer C. diff.-Infektion:
 Stationäre Aufnahme aufgrund einer ambulant erworbenen Infektion
 Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation
 Chirurischer Eingriff (z.B. Kolektomie) wg. Megakolon, Darmperforation od. refraktärer Kolitis
 Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der C. diff.-Infektion als direkte Todesursache od. als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie
 Respiratorische Diphtherie
 Hautdiphtherie
- Hämorrhagisches Fieber, viral
Erreger²⁾:
- Hepatitis, akut viral; Typ²⁾:
 Fieber Ikterus
 Oberbauchbeschwerden
 Serumtransaminasen, erhöhte
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
 Anämie, hämolytische
 Nierenfunktionsstörung
 Thrombozytopenie

COVID-19

- Masern
 Fieber Exanthem
 Husten Konjunktivitis
 Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis
 Septisches Krankheitsbild
 Purpura fulminans W-F-Syndrom
 Fieber Herz-/Kreislaufversagen
 Hirndruckzeichen Meningeale Zeichen
 Lungenentzündung Exanthem
 Haut-/Schleimhauteinblutungen
- Milzbrand
- Mumps
 Geschw. Speicheldrüse(n)
 Fieber Hörverlust
 Orchitis Oophoritis
 Meningitis/Enzephalitis Pankreatitis
- Paratyphus
- Pertussis (Keuchhusten)
 Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 Anfallsweise auftretender Husten
 Inspiratorischer Stridor
 Erbrechen nach den Hustenanfällen
 NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoe
- Pest
- Poliomyelitis
- Röteln
 Postnatal Konnatal
- Tollwut
- Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)

- Typhus abdominalis
- Tuberkulose
 Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
 Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
- Windpocken (NICHT Gürtelrose)
 Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“)
- Zoonotische Influenza (RKI-Empfehlungen beachten, gesonderter Meldebogen)
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.
- 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 wahrscheinl./ vermutetem epidemischen Zusammenhang
Erreger²⁾:
- Andere bedrohliche übertragbare Krankheit / Gefahr für die Allgemeinheit (§ 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG)
Art der Erkrankung / Erreger²⁾:
- Häuftes Auftreten nosokomialer Infektionen (gemäß § 6 Abs. 3 IfSG, nichtnamentlich)

Epidemiologische Situation

- Patient/in ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 5 IfSG)
 tätig wird dort betreut
Überweisung am Intensivmed. Behandlung
Aufnahme am ja nein
Entlassung am Dauer:
- Patient/in ist in Heimen, sonst. Massenunterkünften (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG)
 tätig wird dort betreut
- Patient/in ist in Kindertageseinrichtung (§ 33 IfSG, z.B. Schule, Kinderkrippe)
 tätig wird dort betreut
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (§ 42 Abs. 1 IfSG)
nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera
- Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Erreger, Ausbruchsort- und -zeitraum, Exposition

Name / Ort der Einrichtung / Kontaktdaten:

.....
.....
.....

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

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

Auslandsaufenthalt von: bis: Land:

Aufenthalt in anderem Kreis von: bis: Kreis:

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

Bei Tuberkulose / Hepatitis B&C: Geburtsstaat: Staatsangehörigkeit: ggf. Jahr der Einreise nach D.:

Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

Geimpft, Anzahl Impfdosen: Datum der letzten Impfung: nicht geimpft Impfstatus unbekannt

unverzüglich zu melden an:

Gesundheitsamt Salzgitter
Paracelsusstr. 1-9
38259 Salzgitter
Fax: 0800 – 8394953
E-Mail: gesundheit@stadt.salzgitter.de

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt^{3,4)}

Name/Ort/Telefonnummer des Labors:

.....

Probenahme am:

Meldende Person/Einrichtung (Arztin/Arzt, Praxis/Krankenhaus: Adresse, Telefonnummer Festnetz und Mobil):

¹⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. ²⁾ Falls bekannt ⁵⁾ siehe www.rki.de/covid-19

³⁾ Die Labornachweiskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

⁴⁾ Die Ausnahmekennziffer 32004 umfasst kulturelle bakteriologische Untersuchungen und die dazugehörige Empfindlichkeitsprüfung sowie die Untersuchung des Procalcitonins (PCT).