

Patient: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

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

Telefon<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

# Meldeformular BY - Vertraulich -

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

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod:**

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:

Gegen diese Krankheit:

geimpft zuletzt:  nicht geimpft

Datum: .....

Wieviele Impfdosis? .....

Art der Impfung (z.B. MMR, DTaP): .....

Todesdatum: .....

<sup>1)</sup> Telefonnummer bitte eintragen

**Aviäre Influenza**

Prinzipiell meldepflichtig ist die aviäre Influenza jeglichen Subtyps. Gegenwärtig besteht eine Falldefinition nur für A/H5N1

- Fieber > 38,0°C, oder Schüttelfrost
- Akuter Beginn
- Husten
- Atemnot

**Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn**

- Aufenthalt in einem Gebiet mit laborbestätigter hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) A/H5N1 beim Tier (in Deutschland: 10km-Beobachtungsgebiet; s. [www.fli.bund.de](http://www.fli.bund.de); im Ausland: s. [www.oie.int](http://www.oie.int))

**Kontaktanamnese**

- Direkter Kontakt mit erkranktem/verstorbenem Vogel/Geflügel oder anderem Tier mit möglicher HPAI oder dessen Ausscheidungen (gemäß Falldefinition FLI ([www.fli.bund.de](http://www.fli.bund.de)))
- Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem innerhalb der vorausgegangenen 6 Wochen infiziertes oder infektionsverdächtiges Geflügel gehalten wurde
- Verzehr von rohem oder nicht vollständig erhitzten Geflügelprodukten aus einem HPAI-Gebiet
- Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen Fall
- Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten Fall
- Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Influenza A/H5 getestet wurden

**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>:**

.....

<sup>2)</sup> falls bekannt

**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: .....

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 beauftragt <sup>3)</sup>

Name des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

**► unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Erkrankungsdatum<sup>4)</sup>:**

.....

**Diagnosedatum<sup>4)</sup>:**

.....

**Datum der Meldung:**

.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus):

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden

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

<sup>4)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.