

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

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

# Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz und Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum: .....

### Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:

Gegen diese Krankheit

- Geimpft**       **Nicht geimpft**

Datum (letzte Impfung):

.....

- Botulismus**
- Cholera**
- Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform**
  - Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion
  - Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
  - Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Dampferoration oder einer Therapie-refraktären Kolitis
  - Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der *Clostridium-difficile*-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, viral**  
Erreger, falls bekannt: .....
- Hepatitis, akute virale; Typ:** .....  
 Fieber       Lebertransaminasen, erhöhte  
 Ikterus       Oberbauchbeschwerden
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Keuchhusten (Pertussis)**
  - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
  - Anfallsweise auftretender Husten
  - Inspiratorischer Stridor
  - Erbrechen nach den Hustenanfällen
  - NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen

- Masern**
  - Exanthem, Beginn am: .....
  - Katarrh (wässriger Schnupfen)
  - Fieber       Husten       Konjunktivitis
- Meningokokken, invasive Erkrankung**
  - Ekchymosen       Meningeale Zeichen
  - Exanthem       Petechien
  - Fieber       Septisches Krankheitsbild
  - Herz-/Kreislaufversagen
  - Hirndruckzeichen       Lungenentzündung
- Milzbrand**
- Mumps**
- Paratyphus**
- Pest**
- Poliomyelitis**  
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln**
  - Exanthem       Arthritis/Arthralgien
  - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackengebiet
  - Rötelnembryopathie
- 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 (§ 6 Abs. 2 IfSG)

- Windpocken (Varizellen)**
  - Zoonotische Influenza**  
bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen auf [www.rki.de](http://www.rki.de)
  - Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
Meldebogen des PEI über Gesundheitsamt
  - Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
    - bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
    - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
- Erreger, falls bekannt: .....
- Gefahr für die Allgemeinheit**
    - durch eine bedrohliche andere Krankheit
    - Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)
- Art der Erkrankung / Erreger, falls bekannt: .....

- Zusätzlich meldepflichtige Infektionskrankheiten im Land Brandenburg**
- Lyme-Borreliose**
  - Herpes zoster**
    - Bläschenförmiger Ausschlag
    - Schmerzen („Zosterneuralgie“)
    - Brennen oder Jucken an den Bläschen
    - Gliederschmerzen       Fieber

**Symptome/Kriterien**, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (*bitte wichtige Symptome einzeln aufzählen, falls nicht oben angekreuzt*)

.....  
.....

## Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- 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 im Krankenhaus / in stationärer Pflegeeinrichtung seit: .....
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): ..... von: ..... bis: .....
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>2)</sup>      Name/Ort des Labors: .....  
Probenentnahme am: .....

Name/Ort der Einrichtung:

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

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Landkreis Spree-Neiße**  
**Fachbereich Gesundheit**  
**Heinrich-Heine – Str. 1**  
**03149 Forst (Lausitz)**  
**Tel.: 03562 986-15301**  
**Fax: 03562 986-15388**  
**E-Mail: gesundheitsamt@lkspn.de**

Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:

.....

Diagnosedatum<sup>3)</sup>:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

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

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.

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.