

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

geb. am:

Tel.nr<sup>1)</sup>:

# Meldeformular

- Vertraulich -



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

☐ **Verdacht**

☐ **Klinische Diagnose**

☐ **Tod** Todesdatum: .....

☐ Krankheitsbedingter Tod

**Nur bei impfpräventablen Krankheiten:**  
Gegen diese Krankheit

☐ Geimpft ☐ Nicht geimpft ☐ Unbekannt

Datum (letzte Impfung): .....

Anzahl Impfdosen: .....

Impfstoff: .....

☐ **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 Darmp perforation 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)**  
(außer familiär-hereditären Formen)

☐ **Diphtherie!!!**

☐ **Hämorrhagisches Fieber, viral!!!**

Erreger, falls bekannt: .....

☐ **Hepatitis, akute virale; Typ:** .....

- ☐ Fieber ☐ Lebertransaminasen, erhöhte
- ☐ Ikterus ☐ Oberbauchbeschwerden

☐ **HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**

- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie

☐ **Keuchhusten (Pertussis)**

- ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- ☐ Anfallsweise auftretender Husten
- ☐ Inspiratorischer Stridor
- ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen
- ☐ NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoe.

☐ **Masern!!!**

- ☐ Exanthem ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ Fieber ☐ Konjunktivitis
- ☐ Husten

☐ **Meningokokkenmeningitis oder -sepsis!!!**

- ☐ Ekchymosen ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Exanthem ☐ Petechien
- ☐ Fieber ☐ Septisches Krankheitsbild
- ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen
- ☐ Lungenentzündung

☐ **Milzbrand!!!**

☐ **Mumps**

- ☐ Geschwollene Speicheldrüse(n)
- ☐ Fieber
- ☐ Hörverlust
- ☐ Meningitis/Enzephalitis
- ☐ Orchitis (Hodenentzündung)
- ☐ Oophoritis (Eierstockentzündung)
- ☐ Pankreatitis

☐ **Orthopockenvirus-Infektion (Mpox)!!!**

☐ **Paratyphus**

☐ **Pest!!!**

☐ **Poliomyelitis!!!** Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt

☐ **Röteln**

- ☐ Exanthem
- ☐ Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
- ☐ Arthritis/Arthralgien
- ☐ Rötelnembryopathie

☐ **Tollwut!!!**

☐ **Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)

☐ **Typhus abdominalis**

☐ **Tuberkulose**

- ☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tb, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis

Symptome/Kriterien, auf die sich die Diagnose stützt

.....

☐ Therapieabbruch/-verweigerung

☐ **Windpocken (Varizellen)**

☐ **Zoonotische Influenza** (Der Verdacht muss sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet sein)

☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

☐ **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 epidemiologischem Zusammenhang

Erreger, falls bekannt: .....

☐ **Gefahr für die Allgemeinheit!!!**

- ☐ durch eine oben nicht genannte bedrohliche übertragbare Krankheit
- ☐ durch eine Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang)

**Art der Erkrankung / Erreger:**

.....

☐ **COVID-19**

### 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 einer 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 vom Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): .....

..... von: ..... bis: .....

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 beauftrag<sup>2)</sup>

Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

► unverzüglich zu melden an:

**Gesundheitsamt Frankfurt am Main**  
**Breite Gasse 28**  
**60313 Frankfurt am Main**

**FAX: (069) 212-45073** (alle Infektionskrankheiten inkl. Tuberkulose)  
**Tel.: (069) 212-44374** (Infektionskrankheiten außer Tuberkulose)  
**Tel.: (069) 212-34084/36687** (Tuberkulosemeldung)

**!!! Bei mit !!! gekennzeichneten Krankheiten bitte unverzüglich das Gesundheitsamt Frankfurt am Main informieren, außerhalb der Sprechzeiten unter Tel.: (069) 490001**

**Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Diagnosedatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Datum der Meldung:**

.....

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

1) Nach Novellierung des IfSG vom 17.07.2017 sind weitere Kontaktdaten mitzuteilen.

2) Die Laborausschlusskennziffer 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.