

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: weibl. männl.

Meldeformular

- Vertraulich -

Gesundheitsamt
Frankfurt am Main



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 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)**
(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
- 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 Tuberkulose, 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):.....

Name/Ort der Einrichtung / des Arbeitsplatzes

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

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 beauftragt²⁾
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

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

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

Stand: 05.05.2020

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.