

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

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

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

<sup>1)</sup>Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

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

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

- Geimpft zuletzt** Datum: .....
- Nicht geimpft** Anzahl Impfdosen: .....
- Impfstoff: .....

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

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**  
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
- Hepatitis, akute virale; Typ: .....**
- Ikterus
- Oberbauchbeschwerden
- Lebertransaminasen, erhöhte
- Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Nierenfunktionsstörung
- Thrombozytopenie
- Anämie, hämolytische
- Masern**
- Husten
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis
- Kopliksche Flecken
- Fieber
- Exanthem
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- Fieber
- Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
- Hirndruckzeichen
- Meningeale Zeichen
- Kreislaufversagen, rasch einsetzend
- Milzbrand**

- Mumps**
- Fieber
- geschwollene Speicheldrüse(n)
- Meningitis
- Enzephalitis
- Hörverlust
- Orchitis (Hodenentzündung)
- Oophoritis (Eierstockentzündung)
- Pankreatitis
- Paratyphus**
- Pertussis**
- Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- Anfallsweise auftretender Husten
- Inspiratorischer Stridor
- Erbrechen nach den Hustenanfällen
- NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen
- Pest**
- Poliomyelitis**
- Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)**
- Generalisierter Ausschlag
- Lymphadenopathie
- Arthritis/Arthralgien
- Röteln (konnatal)**
- 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

- Windpocken**
- 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** .....
- .....
- 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:**
- .....
- .....
- .....

### 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): Erregernamen, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>2)</sup>

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Gesundheitsamt Ahrweiler**  
**Wilhelmstraße 59**  
**53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler**  
**Fax: 0 26 41 / 975 - 699**

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

.....

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

.....

**Datum der Meldung:**

.....

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

<sup>2)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

<sup>3)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.