

Meldeformular -Vertraulich-

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung:

Betroffene Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers (Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) Geburtsdatum/...../..... Tag Monat Jahr	bei impfpräventablen Krankheiten <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung:/...../..... Tag Monat Jahr Impfstoff:
	bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat: Staatsangehörigkeit: Jahr der Einreise nach Deutschland:
	Zugehörigkeit zur Bundeswehr <input type="checkbox"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="checkbox"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)	<input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose <input type="checkbox"/> Tod Datum der Verdachts-/Diagnose:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) wahrscheinl. Zeitpunkt/-raum der Infektion:

- Botulismus**
- Cholera**
- Clostridioides-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 Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis
 Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridioides-difficile-Infektion als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie**
 Respiratorische Diphtherie
 Hautdiphtherie
- Hämorrhagisches Fieber, viral Erreger, falls bekannt:**.....
- Hepatitis, akute virale; Typ:**

- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
 Anämie, hämolytische Nierenfunktionsstörung
 Thrombozytopenie
- Keuchhusten (Pertussis)**
- Masern**
- Masernfolgeerkrankung**
 (Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis)
- Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis**
- Milzbrand**
- Mumps**
- Paratyphus**
- Pest**
- Poliomyelitis**
- Röteln**
- Tollwut**
- Tollwutexposition**
- Typhus abdominalis**

- Tuberkulose**
 Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
 Therapieabbruch/-verweigerung
- Windpocken**
- Zoonotische Influenza**
 (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
 bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl. epidemischem Zusammenhang
- Erreger, falls bekannt:**

- bedrohliche übertragbare Krankheit**
- Art der Erkrankung/ Erreger:**

- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung** (Bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)**
 akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall
 ≥ 2 Pneumonien in medizinischer Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang

Epidemiologische Situation

Betroffene Person ist

<input type="checkbox"/> im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> intensivmedizinische Behandlung	<input type="checkbox"/> betreut/untergebracht von:..... bis: von:..... bis:	Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung
<input type="checkbox"/> in Einrichtungen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG) <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> betreut/untergebracht <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> sonst. Massenunterkünfte	
<input type="checkbox"/> im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)	<input type="checkbox"/> tätig	

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)
 Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.:

Angaben zur möglichen **Infektionsquelle** (z.B. Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität):

(Auslands-)Aufenthalt von: bis: Ort/Bundesland /Land:

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten

<p><input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</p> <p>Datum der Probenentnahme:/...../..... Tag Monat Jahr</p>	<p>➤ unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</p> <p>Per Telefax: 06124 / 510 624</p> <p>Rheingau-Taunus-Kreis</p> <p>FD II.7 - Gesundheitsamt - Heimbacher Str. 7</p> <p>65307 Bad Schwalbach</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------