

Patient: _____ Geschlecht: weibl. männl.

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und erweiterter Meldepflicht in M-V*

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

- Verdacht
- Klinische Diagnose
- Tod

Todesdatum: _____

Auszufüllen bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:

Gegen gemeldete Erkrankung geimpft? geimpft
 nicht geimpft
 unbekannt

wenn ja:

Impfdatum:

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

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

- 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 Darmperforation 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)
 - Anämie, hämolytische
 - Nierenfunktionsstörung
 - Thrombozytopenie
- Influenza, zoonotische (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Masern
 - Exanthem Katarrh (wässriger Schnupfen)
 - Fieber Konjunktivitis
 - Husten

- Meningokokken, invasive Erkrankung
 - 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
- 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 der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln
 - Exanthem
 - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackengebiet
 - Arthritis/Arthralgien
 - Rötelnembryopathie
- Tollwut

- Typhus abdominalis
 - Tuberkulose
 - Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
 - Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
 - Windpocken (NICHT Gürtelrose)
 - 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 epidemiologischen Zusammenhang
- Erreger, falls bekannt:
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
 - Bedrohliche anderer Krankheit (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)
- Art der Erkrankung / Erreger:
- Borreliose*
 - Erythema migrans
 - Akute schmerzhafte Radikuloneuritis
 - Akute Lähmung von Hirnnerven
 - Meningitis
 - Tetanus*
- * Zusätzlich meldepflichtige Krankheiten in M-V nach - Infektionsschutzanpassungsverordnung M-V vom 12.06.2001 und Änderung des Infektionsschutzausführungsgesetzes M-V vom 06.07.2011

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:
- 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 beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:
Gesundheitsamt Hansestadt Rostock
 Abt. Hygiene und Infektionsschutz
 Paulstraße 22
 18055 Rostock

Fax: 0381 381 9552 Tel.: 0381 381 5380 o. 5379

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

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

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

2) Die Labornausschlusskennziffer 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.