

Patient

Name, Vorname, Anschrift _____ Geschlecht: weibl. männl.

Telefon (bitte eintragen) _____ Geburtsdatum _____

Meldeformular - Vertraulich -
Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

<input type="checkbox"/> Verdacht	Erkrankungsdatum ¹⁾
<input type="checkbox"/> nicht bestätigter Verdacht	Diagnosedatum ¹⁾
<input type="checkbox"/> Klinische Diagnose	
<input type="checkbox"/> Tod (Todesdatum)	Datum der Meldung

<input type="checkbox"/> Botulismus <input type="checkbox"/> Cholera* <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Infektion (schwerer Verlauf) <input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme aufgrund einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation <input type="checkbox"/> Chirurgicaler Eingriff (z.B. Kolektomie) <input type="checkbox"/> Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung <input type="checkbox"/> pseudomembranöse Kolitis (endoskop.) <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/vCJK (außer familiär-hereditären Formen) <input type="checkbox"/> Diphtherie* <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt <input type="checkbox"/> Hepatitis*, akute virale; Typ²⁾: <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Serumtransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-uräm. Syndrom, enteropath.) <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Anämie, hämolyt. <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Masern* <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässrig, Schnupfen) <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis* <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Haut/Schleimhautveränderungen/-läsionen <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> W-F-Syndrom	<input type="checkbox"/> Milzbrand <input type="checkbox"/> Mumps* <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> geschwoll. Speicheldrüse(n) <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Enzephalitis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung) <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzünd.) <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pertussis* (Keuchhusten) <input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten UND Apnoen <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis* Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt <input type="checkbox"/> Röteln* (postnatal) <input type="checkbox"/> Röteln (konnatal) <input type="checkbox"/> Tollwut* <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis* <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriellem Nachweis <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung	<input type="checkbox"/> Windpocken (NICHT Gürtelrose)* <input type="checkbox"/> Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“) <input type="checkbox"/> Zoonotische Influenza <input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis <input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben <input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang Erreger²⁾: <input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit (§ 6 Abs. 1 Nr.5 IfSG) durch <input type="checkbox"/> a) Bedrohliche andere Krankheit <input type="checkbox"/> b) Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem/vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) Art der Erkrankung / Erreger: ²⁾ <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist) <input type="checkbox"/> gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen
---	---	---

Epidemiologische Situation

<input type="checkbox"/> Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig <input type="checkbox"/> Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG) <input type="checkbox"/> Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig , z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG) <input type="checkbox"/> Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG) <input type="checkbox"/> Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit	Name der Einrichtung _____ Anschrift der Einrichtung _____
<input type="checkbox"/> Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, Exposition	

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung, Aktivität)

<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	von _____ bis _____	Land _____
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in anderem Kreis	von _____ bis _____	Kreis _____
<input type="checkbox"/> Blut-/Organ-/Gewebspesende in den letzten 6 Monaten		
Bei Tuberkulose	Geburtsland _____	Staatsangehörigkeit _____

Angaben zum Impfstatus (bei den mit * gekennzeichneten impfpräventablen Krankheiten)

<input type="checkbox"/> geimpft, Anzahl Impfdosen _____	Datum der letzten Impfung _____	<input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt	<input type="checkbox"/> nicht geimpft
Landkreis Osnabrück Arztsache! Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück Postfach 2509 49015 Osnabrück FAX 0541 501-4730	<input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor/eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt ³⁾ Name des Labors _____	Meldende Person (Ärztin/Arzt, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer)	
	Probenahme am _____		

1) wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. 2) falls bekannt
 3) Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

Hinweise zu meldepflichtigen Krankheiten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)

A) Bei folgenden Krankheiten ist der **Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod** meldepflichtig

Botulismus	virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF)	Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt)
Cholera		
Clostridium difficile Infektion (CDI) (schwerer Verlauf)	Masern	Röteln (einschließlich Rötelnembryopathie)
	Mumps	Tollwut
Diphtherie	Meningokokken-Meningitis oder Sepsis	Typhus abdominalis/ Paratyphus
humane spongiforme Enzephalopathie, (CJK / vCJK) außer familiär-hereditäre Formen	Milzbrand	Windpocken / Varizellen (nicht Gürtelrose)
akute Virushepatitis	Pertussis / Keuchhusten	Zoonotische Influenza (nicht saisonale Influenza) RKI-Empfehlung beachten, gesond. Meldebogen
enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	Pest	

B) Die Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt besteht **außerdem** für folgende Tatbestände:

Tuberkulose	Die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose , auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt. Wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen .
Gastroenteritis	Der Verdacht auf und die Erkrankung an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an einer akuten infektiösen Gastroenteritis , wenn a) eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich ausübt, b) zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.
Tollwut	Die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.
Gefahr	Wenn nicht bisher genannt, das Auftreten a) einer bedrohlichen Krankheit oder b) von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen , bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist.
Impfreaktion	Der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.

C) Wann muss die Meldung erfolgen:

Die namentliche **Meldung** muss unverzüglich, spätestens **innerhalb von 24 Stunden** nach erlangter Kenntnis, gegenüber dem für den Aufenthalt des Betroffenen zuständigen Gesundheitsamt erfolgen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Die Nachmeldung oder Korrektur von Angaben hat unverzüglich nach deren Vorliegen zu erfolgen. Bestätigt sich ein Verdacht, so muss dies dem Gesundheitsamt nicht mitgeteilt werden, wohl aber wenn sich ein **Verdacht nicht bestätigt** hat, um Patienten nicht zu verunsichern und dem Gesundheitsamt unnötige Arbeit zu ersparen. Der **Tod** gilt als **neuer meldepflichtiger Tatbestand**.

Hinweise zum Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten

Patient/in	Patientendaten möglichst mit Telefonnummer zur leichteren Kontaktaufnahme durch das Gesundheitsamt.
Meldeanlass / Erkrankung	Anlass der Meldung mit Datumsangaben und Krankheit eintragen. Entsprechende Leitsymptome sowie ggf. Erregerangaben ergänzen.
Umgebungsrisiken	Liegen bei Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen tätig sind oder dort betreut werden oder im Lebensmittelbereich arbeiten, übertragbare Krankheiten vor, so muss das Gesundheitsamt besondere Maßnahmen veranlassen. Diese Angaben sind daher für die Verhinderung der Weiterverbreitung wesentlich.
Infektionsquelle	Unter dieser Rubrik können vermutete Infektionsquellen angegeben werden. Diese können sich auf Personen, Produkte, wie Lebensmittel, bestimmte Einrichtungen, vor allem aber auch Aktivitäten, wie z.B. Besuch einer Feier oder Reisetätigkeit, beziehen. Im zweiten Fall sollten die bereisten Länder aufgeführt werden. Bei Tuberkulose sind grundsätzlich das Geburtsland und die Staatsangehörigkeit einzutragen.
Impfung	Falls bekannt, sollte hier der Impfstatus in Bezug auf die meldepflichtige Krankheit angegeben werden.
Erregerdiagnostik	Die Angaben zum Labor sind für die weitere Ermittlungstätigkeit des Gesundheitsamtes notwendig.

Haben Sie noch Fragen?

Sprechen Sie uns gerne an.

Die Ansprechpartner für Ihre Region erreichen Sie telefonisch unter:

Außenstelle Osnabrück - Haus der Gesundheit • Hakenstr. 6 • 49074 Osnabrück (südlicher Landkreis, Stadt Osnabrück, Melle und Wittlage)

Frau Budke, Tel. 0541 501-8320	Frau Fetsch, Tel. 0541 501-8102	Herr Järsch, Tel. 0541 501-8117
Herr Pille, Tel. 0541 501-8116	Frau Schrage-Kreimer, Tel. 0541 501-8103	Herr Tenhaken, Tel. 0541 501-8118
Frau Yildirim, Tel. 0541 501-8121		

Außenstelle Bersenbrück • Markt 7 • 49593 Bersenbrück (nördlicher Landkreis)

Herr Sonneck, Tel. 0541 501-9101	Herr von der Wellen, Tel. 0541 501-9109
----------------------------------	---

Außerhalb der Dienstzeiten erreichen Sie uns über die Regionalleitstelle Osnabrück Tel. 0541 500 305112.