

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

Arzt-Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

geb. am:

Telefon¹⁾:

- Verdacht
- Klinische Diagnose
- Tod Datum: _____
- Erkrankungsdatum²⁾: _____
- Diagnosedatum²⁾: _____
- Datum der Meldung: _____

Angaben zum Impfstatus:

(bei impfpräventablen Krankheiten)

- Geimpft, Anzahl Impfdosen: _____
- Datum der letzten Impfung: _____
- Impfstoff: _____
- Nicht geimpft Impfstatus unbekannt

¹⁾Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Botulismus <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Clostridium difficile / CDAD <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme wegen Rezidiv <input type="checkbox"/> Verlegung auf Intensivstation <input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie <input type="checkbox"/> Tod <30 Tage nach Diagnose oder mit zum Tode beitragend <input type="checkbox"/> Ribotyp O 27 <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form) <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt
Erreger (falls bekannt): _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ: _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Masern <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend <input type="checkbox"/> Milzbrand <input type="checkbox"/> Mumps <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Enzephalitis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung) <input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzündung) <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pertussis <ul style="list-style-type: none"> <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 <1Jahr: 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) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Generalisierter Ausschlag <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackengebiet <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien | <ul style="list-style-type: none"> <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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung <input type="checkbox"/> Windpocken (NICHT Gürtelrose) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Klinisches Bild, spezifisch <input type="checkbox"/> Klinisches Bild, unspezifisch <input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis <ul style="list-style-type: none"> <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 / vermutetem epidemischen Zusammenhang |
|--|---|--|

Erreger (falls bekannt): _____

Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist

Gefahr für die Allgemeinheit durch:
 Bedrohliche andere Krankheit
 Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)

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: _____

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle: _____

Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Erregername, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition etc.: _____

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Dortmund
Umwelt- und Infektionshygiene
Hövelstraße 8
44137 Dortmund
Tel.: 0231-50-23513 / 50-23575 / 50-23536
Fax: 0231-50-23592

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt.³⁾

Name / Ort / Telefonnummer des Labors:

Meldende Person

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

²⁾ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. ³⁾ Die Labornausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.

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