

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

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

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

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum: \_\_\_\_\_

### Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:

Gegen diese Krankheit \_\_\_\_\_

- Geimpft zuletzt
- Nicht geimpft

Datum \_\_\_\_\_

Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_

Impfstoff: \_\_\_\_\_

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

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**  
Erreger, falls bekannt: \_\_\_\_\_
- Hepatitis, akute virale; Typ:** \_\_\_\_\_  
 Ikterus  
 Lebertransaminasen, erhöhte  
 Oberbauchbeschwerden  
 Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**  
 Anämie, hämolytische  
 Thrombozytopenie  
 Nierenfunktionsstörung
- Masern**  
 Exanthem  
 Fieber  
 Husten  
 Katarrh (wässriger Schnupfen)  
 Konjunktivitis  
 Kopliksche Flecken
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**  
 Fieber  
 Meningeale Zeichen  
 Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen  
 Hirndruckzeichen  
 Kreislaufversagen, rasch einsetzend

- Milzbrand**
- Mumps**  
 Geschwollene Speicheldrüse(n)  
 Fieber  
 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 der Extremitäten außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)**  
 Generalisierter Ausschlag  
 Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich  
 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 (NICHT Gürtelrose)**  
 anfangs makulopapulöser Ausschlag an Haut oder Schleimhaut bei nachfolgend **gleichzeitig** vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel)  
 andere:
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

### Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis

- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang  
Erreger, falls bekannt: \_\_\_\_\_

### Gefahr für die Allgemeinheit durch eine

- bedrohliche andere Krankheit
- Häufung anderer Erkrankungen  
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem 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: \_\_\_\_\_

- 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 beauftragt<sup>2)</sup>

Name/Ort des Labors: \_\_\_\_\_ Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

### ▷ unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Landratsamt Tübingen**  
**Abt. Gesundheit**  
**Wilhelm-Keil-Str.50**  
**72072 Tübingen**

IfSG FAX 07071 / 207 3331  
IfSG Tel. 07071 / 207 3330

### 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.