

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

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und § 1 ThürIfKrMVO

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

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:
Gegen diese Krankheit

Geimpft zuletzt **Nicht geimpft**

Datum:

Anzahl Impfdosen:

Impfstoff:

¹⁾Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
- Hepatitis, akute virale; Typ:**
- Ikterus
- Oberbauchbeschwerden
- Lebertransaminasen, erhöhte
- Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Nierenfunktionsstörung
- Thrombozytopenie
- Anämie, hämolytische
- Masern**
- Husten
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis
- Kopliksche Flecken
- Fieber
- Exanthem
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- Fieber
- Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
- Hirndruckzeichen
- Meningeale Zeichen
- Kreislaufversagen, rasch einsetzend
- Milzbrand**
- Mumps**
- Fieber
- geschwollene Speicheldrüse(n)
- 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, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)**
- Generalisierter Ausschlag
- Lymphadenopathie
- 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**
- 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 epidemiologischem Zusammenhang
- Erreger:**
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
- Bedrohliche andere Krankheit**
-

Häufung anderer Erkrankungen
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit

Art der Erkrankung / Erreger

.....

Meldepflicht nach § 1 der ThürIfKrMVO Erkrankung/Tod

- Scharlach**
- chron. Hepatitis B**
- chron. Hepatitis C**
- Meningitis, Enzephalitis, übrige Formen**
- Nackensteifigkeit
- Kopfschmerzen
- Erbrechen
- veränderte Bewusstseinslage
- Borreliose**
- Erythema migrans
- akute Neuroborreliose
- Lyme/Arthritis
- Keratokonjunktivitis epid.**
- Häufung gleichartiger Erkrankungen**
ab 5 Erkrankungen innerhalb 48 h
-
- Nicht namentliche Meldung Erkrankung/Tod
- Tetanus.**
- Gasbrand**

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:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Fachdienst Gesundheit Jena
Lutherplatz 3
07743 Jena
Tel. 03641 49-3121
Fax 03641 49-3127
gesundheitsamt@jena.de

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

²⁾ Die Laborauschlusskennziffer 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.