

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Betroffene Person

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail):  weibl.  männl.  divers

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz und Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

- Verdacht**  
 **Erkrankung**  
 **Tod** Todesdatum: .....

### Nur bei impfpräventablen Krankheiten:

Gegen diese Krankheit  
 **geimpft**  **nicht geimpft**  **unbekannt**  
Anzahl Dosen : ..... Datum (letzte Impfung): .....  
Impfstoff (der letzten Impfung): .....  
Serostatus (soweit vorliegend): .....

## Bei Tuberkulose, Hepatitis B und C:

Geburtsstaat: .....  
Staatsangehörigkeit: ..... Einreisejahr nach Deutschland: .....

**Zugehörigkeit zur Bundeswehr:**  Soldat/Bundeswehrangehöriger  
 Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)

### Botulismus

### Cholera

### Clostridioides-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 therapierefraktären Kolitis  
 Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

### Humane spongiforme Enzephalopathie

(CJK + vCJK; außer familiär-hereditäre Formen)

### Diphtherie Hautdiphtherie respir. Diphtherie

(Hinweis: unverzügliche Veranlassung eines kulturellen Erreger- und Toxinnachweises aus dem Isolat)

### Hämorrhagisches Fieber, viral

Erreger, falls bekannt: .....

### Virushepatitis, akut; Typ: .....

- Fieber  Serumtransaminasen, erhöht  
 Ikterus  Oberbauchbeschwerden

### HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)

### Keuchhusten (Pertussis)

- Husten (mindestens 2 Wochen Dauer)  
 Anfallsweise auftretender Husten  
 Inspiratorischer Stridor  
 Erbrechen nach den Hustenanfällen  
 NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoe

### Masern

- Exanthem, Beginn am: .....  
 Katarrh (wässriger Schnupfen)  
 Fieber  Husten  Konjunktivitis  
 Folgeerkr.: **subakute sklerosierende Panenzephalitis**

### Meningokokken, invasive Erkrankung

- Ekchymosen  Meningeale Zeichen  
 Exanthem  Petechien  Fieber  
 Lungenentzündung  Herz-/Kreislaufversagen  
 Hirndruckzeichen  Septisches Krankheitsbild  
 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom

### Milzbrand

### Mumps

### Pest

### Poliomyelitis

(Hinweis: Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt)

### Röteln

- Exanthem  Arthritis/Arthralgien  
 Lymphadenopathie im Kopf-, Hals- oder Nackenbereich  
 Rötelnembryopathie (koninatale Infektion)

### Tollwut

### Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs.1 Nr.4 IfSG)

### Typhus abdominalis/Paratyphus

### Tuberkulose

- Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis  
 Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)

### Windpocken (Varizellen)

**Symptome/Kriterien**, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (bitte wichtige Symptome einzeln aufzählen, falls nicht angekreuzt)

### Zoonotische Influenza (zus. RKI-Meldebogen)

(Hinweis: unverzügliche Veranlassung eines direkten Erregernachweises (PCR) am NRZ für Influenza)

### Gesundheitliche Schädigung nach Impfung

(Hinweis: Nutzung des PEI-Meldebogens:)

### Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung/ akute infektiöse Gastroenteritis

- bei Personen, die eine Tätigkeit i. S. v. § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben **oder**  
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemiologischen Zusammenhang

Erreger, falls bekannt: .....

### Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

- Akute respiratorische Symptome mit oder ohne Kontakt zu bestätigtem Fall

### Gefahr für die Allgemeinheit / Meldung von nosokomialen Häufungen

- durch eine andere bedrohliche Krankheit **oder**  
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemiologischen Zusammenhang

**Art der Erkrankung / Erreger, falls bekannt:**

.....

### Zusätzlich meldepflichtig im Land Brandenburg

#### Lyme-Borreliose

#### Herpes Zoster

- Bläschenförmiger Ausschlag  Brennen/Jucken  
 Schmerzen („Zosterneuralgie“)  
 Gliederschmerzen  Fieber

## Epidemiologische Information

### Betroffene Person ist:

im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)

ist im medizinischen Bereich (§23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)  **tätig**  **betreut/untergebracht**

Stationäre Behandlung im Krankenhaus/stat. Einrichtung: Aufn.: ..... Entl.: ..... Intensivmed. Behandlung  ja  nein; wenn ja: von: ..... bis: .....

Beatmung:  ja  nein; wenn ja, Beatmungstage von ..... bis .....

in Kindertageseinrichtung z.B. Schulen, Kitas, Hort, Heim, Ferienlager (§ 33 IfSG)  **tätig**  **betreut/untergebracht**

in Pflegeeinrichtungen, Unterbringung für Asylsuchende, Obdachlose, JVA (§ 36 IfSG)  **tätig**  **betreut/untergebracht**

Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....

Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): ..... von: ..... bis: .....

Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchskennung: ..... Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>2)</sup> Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Landkreis Elbe-Elster  
**GESUNDHEITSAMT**  
Grochwitzer Straße 20  
04916 Herzberg (Elster)

Tel. 03535 46-3101  
Fax 03535 46-3122  
gesundheitsamt@lkee.de

**Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Diagnosedatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Datum der Meldung:**

.....

Meldende Person/ Name:

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