

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

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

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

**Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:**  
Gegen diese Krankheit

- Geimpft**       **Nicht geimpft**

Datum (letzte Impfung): .....

Anzahl Impfdosen: .....

Impfstoff: .....

- Botulismus**
- Cholera**
- Clostridium-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 Therapie-refraktären Kolitis
  - Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der *Clostridium-difficile*-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Formen)

- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, viral**  
Erreger, falls bekannt: .....

- Hepatitis, akute virale; Typ:** .....
  - Fieber       Lebertransaminasen, erhöhte
  - Ikterus       Oberbauchbeschwerden

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

- Keuchhusten (Pertussis)**
  - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
  - Anfallsweise auftretender Husten
  - Inspiratorischer Stridor
  - Erbrechen nach den Hustenanfällen
  - NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen

- Masern**
  - Exanthem, Beginn am: .....
  - Katarrh (wässriger Schnupfen)
  - Fieber       Husten       Konjunktivitis

- Meningokokken, invasive Erkrankung**
  - Ekchymosen       Meningeale Zeichen
  - Exanthem       Petechien
  - Fieber       Septisches Krankheitsbild
  - Herz-/Kreislaufversagen
  - Hirndruckzeichen       Lungenentzündung

- Milzbrand**

- Mumps**

- Paratyphus**

- Pest**

- Poliomyelitis**  
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt

- Röteln**
  - Exanthem       Arthritis/Arthralgien
  - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
  - Rötelnembryopathie

- 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 (§ 6 Abs. 2 IfSG)

- Windpocken (Varizellen)**

- Zoonotische Influenza**  
bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen auf [www.rki.de](http://www.rki.de)

- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
Meldebogen des PEI über Gesundheitsamt

- 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 wahrscheinlicherem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang

Erreger, falls bekannt: .....

- Gefahr für die Allgemeinheit**
  - durch eine bedrohliche andere Krankheit
  - Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlicherem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)

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

- Zusätzlich meldepflichtige Infektionskrankheiten im Land Brandenburg**
- Lyme-Borreliose**

- Herpes zoster**
  - Bläschenförmiger Ausschlag
  - Schmerzen („Zosterneuralgie“)
  - Brennen oder Jucken an den Bläschen
  - Gliederschmerzen       Fieber

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

## Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- 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 im Krankenhaus / in stationärer Pflegeeinrichtung seit: .....
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): ..... von: ..... bis: .....

Name/Ort der Einrichtung:  
.....  
.....  
.....  
.....

- 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: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Landkreis Oder-Spree  
Gesundheitsamt  
Breitscheidstraße 7  
15848 Beeskow

E-Mail: [hygiene@landkreis-oder-spree.de](mailto:hygiene@landkreis-oder-spree.de)  
Fax: 03366 35 2298

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

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

Datum der Meldung:  
.....

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

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bitte eintragen.

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.