

Patient: (Name, Vorname, Adresse)	Geschlecht: weibl. männl.
	geb. am:
	Telefon ¹⁾ :

Meldeformular NRW - Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

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

Todesdatum:

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:

Gegen diese Krankheit:

- geimpft zuletzt: nicht geimpft

Datum:

Wieviele Impfdosis?

Art der Impfung (z.B. MMR, DTaP):

¹⁾Telefonnummer bitte eintragen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismus | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
(außer familiär-hereditären Formen) | Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung,
außer wenn traumatisch bedingt |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ ²⁾ : | <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) |
| <input type="checkbox"/> Ikterus | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis |
| <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte | <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen
Tuberkulose, auch bei fehlendem
bakteriologischem Nachweis |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung |
| <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches
Syndrom, enteropathisch) | <input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung
oder akute infektiöse Gastroenteritis |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des
§ 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrschein-
lichem oder vermutetem epidemiologischem
Zusammenhang |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Erreger ²⁾ : |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Melde-
bogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist) |
| <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie | <input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische | <input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem
epidemiologischem Zusammenhang) |
| <input type="checkbox"/> Masern | Art der Erkrankung / Erreger ²⁾ : |
| <input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik | |
| <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) | |
| <input type="checkbox"/> Konjunktivitis | |
| <input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken | |
| <input type="checkbox"/> Fieber | |
| <input type="checkbox"/> Exanthem | |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis | |
| <input type="checkbox"/> Fieber | |
| <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen | |
| <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen | |
| <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen | |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend | |
| <input type="checkbox"/> Milzbrand | |

²⁾ falls bekannt

- Aviäre Influenza (Meldepflicht nach AIMPV v. 11.05.2007)**

Prinzipiell meldepflichtig ist die aviäre Influenza jeglichen Subtyps. Gegenwärtig besteht eine Falldefinition nur für A/H5N1

- Fieber > 38,0°C, oder Schüttelfrost
- Akuter Beginn
- Husten
- Atemnot

Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- Aufenthalt in einem Gebiet mit laborbestätigter hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) A/H5N1 beim Tier (in Deutschland: 10km-Beobachtungsgebiet; s. www.fli.bund.de; im Ausland: s. www.oie.int)

Kontaktanamnese

- Direkter Kontakt mit erkranktem/verstorbenem Vogel/Geflügel oder anderem Tier mit möglicher HPAI oder dessen Ausscheidungen (gemäß Falldefinition FLI (www.fli.bund.de))
- Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem innerhalb der vorausgegangenen 6 Wochen infiziertes oder infektionsverdächtiges Geflügel gehalten wurde
- Verzehr von rohem oder nicht vollständig erhitzten Geflügelprodukten aus einem HPAI-Gebiet
- Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen Fall
- Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten Fall
- Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Influenza A/H5 getestet wurden

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

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 beauftragt³⁾
- Name des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum⁴⁾:

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus):

Diagnosedatum⁴⁾:

Datum der Meldung:

³⁾ Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

⁴⁾ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.