

MELDEFORMULAR

-VERTRAULICH-



Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz und Verordnung über die Erweiterung der

Meldepflicht für Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

Hinweis: gemäß § 14 Abs. 8 IfSG muss die Meldung elektronisch via DEMIS erfolgen.

Dieses Meldeformular sollte nur genutzt werden, wenn die elektronische Meldung nicht erfolgen kann.

Betroffene Person ☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers

(Name, Vorname, Anschrift:

Telefonnr¹⁾: geb. am:

☐ 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

☐ Soldat/-in, Bundeswehrangehörige/-r

zur Bundeswehr:

☐ 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 (Petussis)

☐ Husten (mind. 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

☐ Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten

Erreger, falls bekannt:

☐ 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 (konnatale Infektion)

☐ Tollwut

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

☐ Typhus abdominalis/Paratyphus

☐ Tuberkulose

☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuber-
kulose, auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis

☐ Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)

☐ Windpocken (Varizellen)

☐ 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 Lebensmittel-
vergiftung/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 wahr-
scheinlichem 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 bedrohliche Krankheit oder

☐ bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahr-
scheinlichem 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

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

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 Kindereinrichtung 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 Erkrank., bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchskennung

Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:

☐ Es wurde ein Labor/eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾ Name des Labors: Probeentnahme am:

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

unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

Meldende Person/Name:

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