Patient/-in (Name, Vorname, Geb.Dat., Adresse) Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

Telefon (bitte eintragen):

Meldeformular - Vertraulich -

Landkreis Hildesheim

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ Verdacht
☐ Klinische Diagnose
☐ Tod, Todesdatum: .....

Erkrankungsdatum[1]: .....
Diagnosedatum[1]: .....
Datum der Meldung: .....

☐ **Botulismus**

☐ **Cholera**

☐ **Clostridium difficile Infektion** (schwerer Verlauf)
- ☐ Stationäre Aufnahme erforderlich
- ☐ Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation
- ☐ Chirugischer Eingriff (z.B. Kolektomie)
- ☐ Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung
- ☐ pseudomembranöse Kolitis (endoskop.)

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

☐ **Diphtherie**
- ☐ Respiratorische Diphtherie
- ☐ Hautdiphtherie

☐ **Hämorrhagisches Fieber, viral**
Erreger[2]: .....

☐ **Hepatitis, akut viral; Typ**[2]: .....
- ☐ Fieber ☐ Ikterus
- ☐ Oberbauchbeschwerden
- ☐ Serumtransaminasen, erhöhte

☐ **HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie

☐ **Masern**
- ☐ Fieber ☐ Exanthem
- ☐ Husten ☐ Konjunktivitis
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)

☐ **Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- ☐ Septisches Krankheitsbild
- ☐ Purpura fulminans ☐ W-F-Syndrom
- ☐ Fieber ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Lungenentzündung ☐ Exanthem
- ☐ Haut-/Schleimhauteinblutungen

☐ **Milzbrand**

☐ **Mumps**
- ☐ Geschw. Speicheldrüse(n)
- ☐ Fieber ☐ Hörverlust
- ☐ Orchitis ☐ Oophoritis
- ☐ Meningitis/Enzephalitis ☐ Pankreatitis

☐ **Paratyphus**

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

☐ **Pest**

☐ **Poliomyelitis**

☐ **Röteln**
- ☐ Postnatal ☐ Konnatal

☐ **Tollwut**

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

☐ **Typhus abdominalis**

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

☐ **Windpocken (NICHT Gürtelrose)**
- ☐ Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel")

☐ **Zoonotische Influenza**
(RKI-Empfehlungen beachten, gesonderter Meldebogen)

☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.

☐ **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 wahrscheinl./ vermutetem epidemischen Zusammenhang

Erreger[2]: .....

☐ **Gefahr für die Allgemeinheit** (§ 6 Abs.1 Nr. 5 IfSG)
- ☐ Bedrohliche andere Krankheit
- ☐ Häufung anderer Erkrankungen (zwei oder mehr Fälle mit wahrscheinl. / vermutetem epidemischem Zusammenhang)

Art der Erkrankung / Erreger: [2]
.....

☐ **Gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen**
(gemäß § 6 Abs. 3 IfSG)

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 im **Krankenhaus** / in **stationärer Pflegeeinrichtung** seit: .....

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

☐ **Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (zwei oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, Exposition

.....

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): .....

☐ Auslandsaufenthalt von: ..... bis: ..... Land: .....

☐ Aufenthalt in anderem Landkreis von: ..... bis: ..... Landkreis: .....

☐ Blut-/ Organ- / Gewebespende in den letzten sechs Monaten .....

Bei Tuberkulose: Geburtsland: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

☐ Geimpft, Anzahl Impfdosen: ..... Datum der letzten Impfung: ..... ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt

▶ **unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes
per Mail an: infektionsschutz@landkreishildesheim.de
per Fax an: 05121 - 309 7809

Außerhalb der Dienstzeit in dringenden Fällen Information an
Regionalleitstelle Hildesheim 05121 - 301 2222
Fachdienst Gesundheit 05121 - 309 7151
Landkreis Hildesheim **Arztsache!**
Ludolfingerstraße 2, 31137 Hildesheim

☐ Es wurde ein **Labor** /eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt[3]
Name/Ort/Telefonnummer des Labors:
.....
.....
Probenahme am: .....

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

[1] Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben [2] Falls bekannt
[3] Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)

Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 – 30449 Hannover