

Meldeformular -Vertraulich-

Datum der Meldung:

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG und § 1 ThürIfKrMVO

Betroffene Person: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> Geburtsdatum/...../..... <small>Tag Monat Jahr</small> Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.	bei impfpräventablen Krankheiten <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung:/...../..... <small>Tag Monat Jahr</small> Impfstoff:
	bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat: Staatsangehörigkeit: Jahr der Einreise nach Deutschland:
	Zugehörigkeit zur Bundeswehr <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
Meldende Person <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod Datum der Verdachts-/Diagnose:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn ¹ :/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Infektionszeitpunkt/-raum: ¹ wenn Datum unbekannt, wahrscheinlichen Zeitraum angeben
Klinische Informationen Krankheit: Erreger, Typ: Symptome (s. auch Rückseite):	bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) Behandlungsergebnis: Serostatus:

Epidemiologische Informationen

Betroffene Person ist

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

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: bis:
intensivmedizinische Behandlung von: bis:

in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 33, 34, 36 Abs. 1 u. 2 IfSG) tätig betreut/untergebracht

Schule Kita Heim Obdachlosenunterkunft
 JVA Pflegeheim sonst. Massenunterkünfte

im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) tätig

Name, Anschrift, Kontaktdaten der
Einrichtung/ des Unternehmens:

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.:

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen Infektionsquelle /-umfeld (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

(Auslands-)Aufenthalt von: bis: Ort/Bundesland
Staat:

sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von der Anschrift:

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt²
(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden

(<https://tools.rki.de/PLZTool/>):

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Datum der Probenentnahme:/...../.....
Tag Monat Jahr

² Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen o. den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzl. Meldepflicht besteht (§§ 6, 7 IfSG).

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Borreliose ¹		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erythema migrans <input type="checkbox"/> Lyme-Arthritis <input type="checkbox"/> akute Neuroborreliose
Botulismus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="checkbox"/> chirurgischer Eingriff (z. B. Kolektomie) <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall <input type="checkbox"/> ≥ 2 Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege- o. Altenheim mit Zusammenhang
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Gasbrand ^{1,2}		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ödembedingte, rasch zunehmende Weichteilschwellung <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> exogener Gasbrand <input type="checkbox"/> starker Wundschmerz <input type="checkbox"/> endogener Gasbrand
Hämorrhag. Fieber, viral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erreger, falls bekannt:
Hepatitis, akute virale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> erhöhte Lebertransaminasen <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Fieber
Hepatitis B, chronisch ¹		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> erhöhte Serumtransaminasen <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
Hepatitis C, chronisch ¹		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> erhöhte Serumtransaminasen <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden <input type="checkbox"/> Leberzirrhose
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hämolytische Anämie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie
Keratoconjunctivitis epidemica ¹		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rötung der Bindehaut <input type="checkbox"/> Karunkelschwellung <input type="checkbox"/> präaurikuläre Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> typische Hornhautdefekte
Keuchhusten (Pertussis)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen <input type="checkbox"/> inspiratorischer Stridor
Masern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Konjunktivitis
Masernfolgeerkrankung		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild
Meningitis / Encephalitis, übrige Formen ¹		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Nachweis einer <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Pleozytose im <input type="checkbox"/> septisches <input type="checkbox"/> veränderte <input type="checkbox"/> Nackensteifigkeit <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Bewusstseinslage Erreger, falls bekannt:
Milzbrand	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüse <input type="checkbox"/> Meningitis o. Enzephalitis <input type="checkbox"/> Oophoritis <input type="checkbox"/> ≥2Tage <input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hörverlust
Paratyphus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Obstipation
Pest	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> keine Sensibilitätsstörung Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt.
Röteln	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal (<input type="checkbox"/> Ausschlag <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Scharlach ¹		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abschuppen der Haut <input type="checkbox"/> feinfleckiges Exanthem <input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Himbeer- o. Erdbeerzunge <input type="checkbox"/> fleckiges Exanthem am <input type="checkbox"/> Wundinfektion <input type="checkbox"/> Impetigo / Pyodermie <input type="checkbox"/> weichen Gaumen <input type="checkbox"/> Pharyngitis
Tetanus ^{1,2}		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> schmerzhafte Dauerkontraktion der Hals- und Kiefermuskulatur <input type="checkbox"/> schmerzhafte Kontraktion der Rumpfmuskulatur <input type="checkbox"/> lokalisierte o. generalisierte Muskelspasmen in Zusammenhang mit erhöhtem Muskeltonus
Tollwut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Hydrophobie <input type="checkbox"/> Schmerzen oder <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> (Wasserscheu) <input type="checkbox"/> Parästhesien <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> (Empfindungsstörungen) im Schluckmuskulatur <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Körperteil der Bissstelle
Tollwutexposition	Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges o. -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres o. Tierkörpers (§ 6 Abs. 2 IfSG)			
Typhus abdominalis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken (nicht Gürtelrose)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut o. Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln u. Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut o. Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o. Pusteln.
Zoonotische Influenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	bitte gesonderten Meldebogen vom RKI nutzen
Erkrankungshäufung	ab 5 Erkrankungen innerhalb 48 h, Art der Erkrankung / Erreger:			
nosokomiale Ausbrüche	≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang			
Gefahr für die Allgemeinheit	- durch eine bedrohliche andere Krankheit - Häufung anderer Erkrankungen (2 o. mehr Fälle mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zshg.) - Art der Erkrankung / Erreger:			
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben o. - bei 2 o. mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang - Erreger, falls bekannt:			
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	Bitte gesonderten Meldebogen des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen (kann über das Gesundheitsamt bezogen werden) Art der Erkrankung / Erreger:			

¹ Meldepflicht nach § 1 Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung (ThürIfKrMVO)

² nicht namentliche Meldung