

**Faxmuster für Meldung bzw. Übermittlung und
Anamnesebogen**

9 a) Meldeformular für hochinfektiöse, lebensbedrohliche Infektionskrankheiten an das Gesundheitsamt **gemäß § 6, 8, 9 IfSG**

Patient (Name, Vorname, Adresse): _____
 Geschlecht: weibl. männl.
 geb. am: _____
 Tabelle³⁾: _____
* Telefonnummer bitte eintragen

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht
 Klinische Diagnose
 Tod:

NRW

Todesdatum:

- Botulismus
 Cholera
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Formen)
 Diphtherie
 Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt
 Hepatitis, akute virale; Typ²⁾:
 Ikterus
 Oberbauchbeschwerden
 Lebertransaminasen, erhöhte
 Fieber
 HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
 Durchfall
 Bauchschmerzen
 Erbrechen
 Nierenfunktionsstörung
 Thrombozytopenie
 Anämie, hämolytische
 Masern
 Respiratorische Symptomatik
 Katarh (wässriger Schnupfen)
 Konjunktivitis
 Kopflische Flecken
 Fieber
 Exanthem
 Meningokokken-Meningitis-Sepsis
 Fieber
 Haut-/Schleimhautveränderungen-Läsionen
 Hirndruckzeichen
 Meningeale Zeichen
 Kreislaufversagen, rasch einsetzend
 Milzbrand

- Paratyphus
 Poliomyelitis
Als Verdacht gilt jede akute schiefe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
 Pest
 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

- 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 wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang
 Erreger²⁾:

- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)

- Bedrohliche andere Krankheit

- Häufung anderer Erkrankungen
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit
 Art der Erkrankung / Erreger²⁾:

²⁾ falls bekannt

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 Messenunterkünfte (§§ 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, Austrichsort, vermutete Exposition, etc.:
 Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregediagnostik beauftragt³⁾
 Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum⁴⁾:

Diagnosedatum⁴⁾:

Datum der Meldung:

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

³⁾ Die Laborausweisungskennziffer 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.

Für Nachdrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankpflege) der KBV, für Lasendrucker nur Adressfeld verwenden

9 b) Faxmuster für die untere Gesundheitsbehörde zur Meldung und Übermittlung von Infektionserkrankungen gemäß § 12 IfSG

Meldung gemäß § 12 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Auftreten von Cholera, Diphtherie, Fleckfieber, Gelbfieber, virusbedingtem hämorrhagischen Fieber, Pest, Poliomyelitis, Rückfallfieber

***Vom** Gesundheitsamt:

PLZ Ort:

Ansprechpartner: Tel.: Fax:

***Über** zuständige Landesbehörde: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und NRW

PLZ 40219 Ort: Düsseldorf

Ansprechpartner: Herr Dr. Zieger, Frau Rippe Tel.: 0211-855-3565/3729 Fax: 0211/855-3036

Nachrichtlich: Kompetenzzentrum NRW am Iögd Münster Fax: 0251/7793-290

An Robert Koch-Institut, Stresemannstr. 90, 10963 Berlin, Germany, Fax: 01888 / 754-3535

Fallinformation

ein Verdachtsfall ein Erkrankungsfall ein Todesfall an

Cholera Poliomyelitis Diphtherie Pest Fleckfieber Rückfallfieber

Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber:

<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Hantavirus (z.B. Hantaan, Puumala)	<input type="checkbox"/> sonstige _____ (z.B. Ebola, Lassa etc.)
<input type="checkbox"/> Hämorrhagischer Verlauf: <input type="checkbox"/> Haut- o. Schleimhautblutungen <input type="checkbox"/> Magen- o. Darmblutungen <input type="checkbox"/> Bluthusten <input type="checkbox"/> Thrombopenie	<input type="checkbox"/> Verlauf noch unbekannt (Nachmeldung folgt)	<input type="checkbox"/> KEIN hämorrhagischer Verlauf	

Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials: ___/___/____ [Tag / Monat / Jahr]

*Meldewoche: ___ [Eingang Meldung im Gesundheitsamt]

Nachweismethode : _____

Infektionsland: _____

*Patientengeschlecht : männlich weiblich

*Geburtsmonat und Jahr: ___ / ____

* Felder, die mit * markiert sind, sollten unbedingt ausgefüllt werden. Wenn die Informationen für die übrigen Felder nicht vorliegen, sollte dies die Meldung über FAX nach §12 nicht verzögern. Die Vervollständigung sollte ebenfalls über Fax erfolgen. Bitte vergessen Sie nicht den Fall auch gemäß §11 IfSG an die Landesstelle zu übermitteln.