Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):

Geschlecht: ○ **weiblich** ○ **männlich** ○ **divers**
geb. am: _____

Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):
Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

☐ **Verdacht**
☐ **Klinische Diagnose**
☐ **Tod** Todesdatum: _____
Erkrankungsbeginn: _____
Diagnosedatum: _____
Datum der Meldung: _____

Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung**:**
○ Geimpft, Anzahl Impfdosen:_____
Datum der letzten Impfung:_____
Impfstoff: _____
○ Nicht geimpft ○ Impfstatus unbekannt

☐ **Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten**

☐ **Botulismus**
- ☐ Lebensmittelbedingter Botulismus
- ☐ Wundbotulismus
- ☐ Säuglingsbotulismus

☐ **Cholera**

☐ **Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform**
- ☐ stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion
- ☐ Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
- ☐ Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis
- ☐ Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI

Nachweis:
Toxin: ☐ A ☐ B
Aus: ☐ Stuhl oder ☐ Isolat
Als: ☐ Toxin oder ☐ Toxin-Gen (PCR)
- ☐ Histologischer Nachweis
- ☐ Endoskopischer Nachweis

☐ **Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)**
☐ Kontaktperson zu einem bestätigten Fall
Symptome:
- ☐ Halsschmerzen/-entzündung
- ☐ Husten
- ☐ Pneumonie (Lungenentzündung)
- ☐ Schnupfen
- ☐ akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)
- ☐ beatmungspflichtige Atemwegserkrankung
- ☐ Dyspnoe (Atemstörung)
- ☐ Fieber
- ☐ Geruchs- und/oder Geschmacksverlust

Serostatus:
☐ Antikörper positiv ☐ IgM positiv ☐ IgG positiv
☐ IgA positiv
Neutralistationstest: ☐ positiv ☐ negativ

☐ **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Form)

☐ **Diphtherie**
☐ Hautdiphtherie ☐ Respiratorische Diphtherie

☐ **Hepatitis, akute virale, Typ:**
- ☐ Fieber
- ☐ Ikterus (Gelbsucht)
- ☐ Oberbauchbeschwerden
- ☐ erhöhte Serumtransaminasen

☐ **HUS (enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom)**
- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Thrombozytopenie
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS

☐ **Keuchhusten (Pertussis)**
- ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- ☐ Inspiratorischer Stridor
- ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen

Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr
☐ Husten ☐ Apnoen

☐ **Masern Exanthembeginn:** _____
- ☐ Fieber
- ☐ Husten
- ☐ generalisierter Ausschlag (makulopapulös)
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)

☐ **Meningokokken, invasive Erkrankung***
- ☐ septisches Krankheitsbild
- ☐ Purpura fulminans
- ☐ Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
- ☐ Ekchymosen
- ☐ Fieber
- ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen
- ☐ Pneumonie
- ☐ makulopapulöses Exanthem
- ☐ meningeale Zeichen
- ☐ Petechien

☐ **Milzbrand**

☐ **Mumps**
- ☐ Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)
- ☐ Enzephalitis
- ☐ Fieber
- ☐ Hörverlust
- ☐ Meningitis
- ☐ Hoden- bzw. Eierstockentzündung
- ☐ Pankreatitis

☐ **Paratyphus**

☐ **Pest**

☐ **Poliomyelitis** (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)

☐ **Röteln (konnatal)**

☐ **Röteln (postnatal) Exanthembeginn:**_____
- ☐ Generalisierter Ausschlag
- ☐ Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
- ☐ Arthritis/Arthralgien
- ☐ Fehl-/ Totgeburt
- ☐ Frühgeburt oder Geburt eines Kindes mit Embryopathie

☐ **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 (§6 Abs. 2 IfSG)

☐ **Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)**
Erreger (falls bekannt): _____

☐ **Windpocken (nicht Gürtelrose)**
- ☐ Ausschlag an (Schleim-) Haut mit gleichzeitig vorhandenen Papeln,
- ☐ Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel")
- ☐ Ausschlag an (Schleim-) Haut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln

☐ **Influenza, zoonotisch**
bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen

☐ **Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
- ☐ bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
- ☐ bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang

Erreger (falls bekannt):_____

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

☐ **Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)**
Erkrankung / Erreger: _____

Epidemiologische Situation

Patient/in ist **tätig**:
☐ im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)
☐ im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)
☐ in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)

Patient/in wird **betreut** oder ist **untergebracht** in
☐ Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe)
☐ stationärer / teilstationärer Pflegeeinrichtung seit:_____
☐ anderer Einrichtung nach §36 IfSG (z.B. JVA, Unterkunft für Asylsuchende, Obdachlosenunterkunft) seit: _____

Patient/in ist aktuell/war ☐ **hospitalisiert** von _____ bis _____
☐ in **intensivmedizinischer** Behandlung von _____ bis _____

Einrichtung (Name, Ort, Kontaktdaten): _____

Wahrscheinliche **Infektionsquelle**:_____ **Aufenthaltsort(e)** in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land): _____

Derzeitiger **Aufenthaltsort** (falls abweichend von Anschrift):_____

Bei HBV, HCV und Tuberkulose: Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsstaat: _____ Ggf. Jahr der Einreise: _____

►unverzüglich zu melden an
Stadt Hamm
Gesundheitsamt
Postfach 2449
59014 Hamm

Fax-Nr. 02381172983

☐ Es wurde **ein Labor** / **eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt.[1]
Name, Ort, Telefonnr. des Labors:

Probenentnahme am:_____

Meldende Person
(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.):

[1] Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.