

Betroffene Person  
(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail):  weibl.  männl.  divers

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

**Bei Tuberkulose, Hepatitis B und C:**

Geburtsstaat: .....  
Staatsangehörigkeit: ..... Einreisejahr nach Deutschland: .....

**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 Dampferforation 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** (Pertussis)

- Husten (mindestens 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**

**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 (koninatale Infektion)

**Tollwut**

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

**Typhus abdominalis/Paratyphus**

**Tuberkulose**

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

**Windpocken (Varizellen)**

# Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz und Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

**Verdacht**

**Erkrankung**

**Tod** Todesdatum: .....

**Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:**

Gegen diese Krankheit

geimpft  nicht geimpft  unbekannt

Anzahl Dosen : ..... Datum (letzte Impfung): .....

Impfstoff (letzte Impfung): .....

**Zugehörigkeit zur Bundeswehr:**  Soldat/Bundeswehrangehöriger

Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)

**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 Lebensmittelvergiftung/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 wahrscheinlichem 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 andere bedrohliche Krankheit oder

bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem 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)**

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**

im Krankenhaus/stat. Einrichtung von .....bis..... Intensivmed. Behandlung  **nein**  **ja** 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 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchskennung: .....

Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>2)</sup> Name/Ort des Labors:..... Probenentnahme am:.....

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

**unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Diagnosedatum<sup>3)</sup>:**

.....

**Datum der Meldung:**

.....

Meldende Person

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