

Meldende Person: Arzt, Krankenhaus,
Name : _____ Tel. Nr. _____ Anschrift: _____ E-Mail: _____
Seite 1

Meldeformular –Vertraulich
Meldepflichtige Krankheiten gemäß § 6 IfSG

Name, Vorname Anschrift

GA Koblenz Fax Nr. 0261 91480750
GA Mayen Fax Nr. 02651-9643100
GA Andernach Fax Nr. 02632-251610

Mail an : gesundheitsamt@kvmyk.de

Meldende Person Einrichtung:
Arztpraxis Krankenhaus
Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Ort: _____
Tel.: _____ E-Mail: _____

Bei impfpräventablen Krankheiten:
geimpft nicht geimpft Impfstatus unbekannt
Anzahl der Dosen: _____
Datum der letzten Impfung: _____
Impfstoff: _____

Betroffene Person: m w d
Herr Frau Geb. Datum: _____
Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Tel.: _____ E-Mail: _____

Melde Art: Verdacht , klinischen Diagnose , Tod
Datum TT/MM/JJ der Verdachts/ Diagnose: _____
Erkrankungsbeginn Datum TT/MM/JJ: _____
Todesdatum TT/MM/JJ: _____

Bei Tuberkulose TBC oder Hep. B und C
Geburtsstaat: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Jahr der Einreise nach D: _____

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt:
Nein: Ja: Name/ Ort des beauftragten Labor:

Zugehörigkeit zur Bundeswehr?:
Soldat/ Bundeswehrangehöriger:
Zivilperson der Bundeswehr:

Epidemiologischen 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 §36 Abs.1 u. 2 IfSG Tätig ; betreut untergebracht:
Schule , Kita , Heim , Obdachlosenunterkunft , JVA , Pflegeheim , sonstige Massenunterkünfte
Im Lebensmittelbereich (LMB) §42 IfSG tätig:
Ist Teil einer Erkrankungshäufung: (2 oder mehr Erkrankungen bei denen eine epidemischer Zusammenhang vermutet wird)
Es gab einen Auslandsaufenthalt: von: _____ bis: _____ Land: _____ Ort: _____

Meldende Person: Arzt, Krankenhaus,

Name : _____ Tel. Nr. _____ Anschrift: _____ E-Mail: _____

Seite 2

Krankheit	Verdacht/ Erkrankung Tod	Klinisches Bild (bitte Ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkung
Botulismus	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus, <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall, <input type="checkbox"/> Erbrechen
Clostridioides- difficile Infektion schwerer Verlauf	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulante erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme / Verlegung auf Intensivstation <input type="checkbox"/> chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridioides-difficile Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung.
Coronavirus Krankheit 2019 (covid 19)	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome und Kontakt mit bestätigtem Fall <input type="checkbox"/> ≥ 2 Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege oder Altenheim mit Zusammenhang
Creutzfeld Jakob Krankheit (CJK / vCJK)	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	Außer familiär- hereditäre Formen
Diphtherie	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie, <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber Viral	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	
Hepatitis, akute <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D, <input type="checkbox"/> E	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> Ikterus, <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen erhöht, <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytische- urämisches Syndrom)	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische, <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten Pertussis	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Husten (mindestens 2 Wochen Dauer), <input type="checkbox"/> Erbrechen nach Hustenanfällen <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten, <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor <input type="checkbox"/> Nur bei Kindern < 1 Jahr Husten und Apnoen
Masern	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exanthem, <input type="checkbox"/> Konjunktivitis, <input type="checkbox"/> Husten, Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber Masernfolgeerkrankung/ Tod: <input type="checkbox"/> an einer sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken- Meningitis oder Sepsis	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ekchymosen, <input type="checkbox"/> Petechien, <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufversagen, <input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild, Exanthem, <input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen, <input type="checkbox"/> Purpura fulminans, <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen, <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand, <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand, <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand, <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand, <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüsen, > 2 Tage <input type="checkbox"/> Orchitis, <input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> Oophoritis, <input type="checkbox"/> Hörverlust, <input type="checkbox"/> Pankreatitis, <input type="checkbox"/> Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche		≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Pest	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenpest, <input type="checkbox"/> Pestsepsis, <input type="checkbox"/> Beulenpest, <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis Kinderlähmung	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in betr. Extremität <input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> keine Sensibilitätsstörungen
Röteln	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Konnatal, <input type="checkbox"/> Postnatal: (<input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag, <input type="checkbox"/> Arthritis/ Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung
Tollwut	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angstzustände, <input type="checkbox"/> Hydrophobie, <input type="checkbox"/> Lähmungen, <input type="checkbox"/> Delirien, <input type="checkbox"/> Krämpfe, <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur, <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien Empfindungsstörungen im Körperteil der Bissstelle Exposition durch Verletzung eines Menschen durch <input type="checkbox"/> Tollwutkrankes, <input type="checkbox"/> Tollwutverdächtiges Tier, <input type="checkbox"/> Berührung eines solchen Tieres:
Typhus abdominalis/ Paratyphus	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, <input type="checkbox"/> Husten, <input type="checkbox"/> Durchfall, <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, <input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	Erkrankung/ Tod an einer behandlungsbedürftigen TBC, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie <input type="checkbox"/> Therapieabbruch / <input type="checkbox"/> Verweigerung
Windpocken	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> Herpes Zoster:
WEB weitere bedrohliche, übertragbare Krankheiten	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	Bedrohliche übertragbare Krankheit die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist.
Lebensmittelvergiftung akute Gastroenteritis	Verdacht <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod: <input type="checkbox"/>	Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich Bei 2 oder mehr Erkrankten mit wahrscheinlich epidemischen Zusammenhang