

Patient: _____ Geschlecht: weibl. männl.

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

¹⁾ Telefonnummer bitte eintragen

Meldeformular (BY) - Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod:**
- Todesdatum:

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Botulismus | <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis*
<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
<input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen
<input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen
<input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend | <input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
<input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
<input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang
Erreger ²⁾ : |
| <input type="checkbox"/> Cholera* | <input type="checkbox"/> Milzbrand | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist) |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
(außer familiär-hereditären Formen) | <input type="checkbox"/> Paratyphus | <input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit
..... |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie* | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis*
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt | <input type="checkbox"/> Pest | <p>*Nur bei impfpräventablen Krankheiten:</p> <p>Gegen diese Krankheit:</p> <input type="checkbox"/> geimpft zuletzt: <input type="checkbox"/> nicht geimpft <p>Datum:</p> <p>Wievielte Impfdosis?</p> <p>Art der Impfung (z.B. MMR, DTaP):</p> |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis*, akute virale; Typ²⁾: | <input type="checkbox"/> Tollwut* | |
| <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
<input type="checkbox"/> Durchfall
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie
<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische | <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) | |
| <input type="checkbox"/> Masern*
<input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik
<input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)
<input type="checkbox"/> Konjunktivitis
<input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken
<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Exanthem | <input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
<input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung | |
| | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis* | |

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. Massenunterkünfte (§§ 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, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt³⁾
- Name des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Stadt Nürnberg
Gesundheitsamt
Burgstr. 4
90403 Nürnberg

Fax: 0911 – 231 4660
Tel.: 0911 – 231 2366

Erkrankungsdatum⁴⁾:

.....

Diagnosedatum⁴⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus):

³⁾ Die Laborauschlusskennziffer 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.