

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

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers  
geb. am: \_\_\_\_\_

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

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  
Neutralisationstest:  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**  
 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**  
Gesundheitsamt Wuppertal  
Willy-Brandt-Platz 19  
42105 Wuppertal  
E-Mail:  
[infektionshygiene@stadt.wuppertal.de](mailto:infektionshygiene@stadt.wuppertal.de)  
Fax: 0202/563-4724

Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<sup>1)</sup>  
**Name, Ort, Telefonnr. des Labors:** \_\_\_\_\_

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_

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

<sup>1)</sup> 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.