

Arzt-Meldeformular <i>Meldepflichtige Krankheiten</i> gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6, 8, 9, IfsgMeldAnpV §1 und der sächsischen IfSGMeldeVO §§ 1, 4*																																		
Patient Name, Vorname, Hauptwohnsitz Kontaktdaten (Telefon, Email) geb.am																																		
An das Gesundheitsamt (Anschrift, Telefon, Fax)																																		
(derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend)	Meldung im Gesundheitsamt angenommen durch:																																	
am	Uhrzeit																																	
<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Telefon																																	
<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> E - mail																																	
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich																																	
Erkrankung <input type="checkbox"/>	Verdacht einer Erkrankung <input type="checkbox"/>																																	
Tod <input type="checkbox"/>	Ausscheider <input type="checkbox"/>																																	
an/von (Krankheit/Erreger)																																		
erkrankt am: <table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr> </table>							Tag	Monat	Jahr				Geburtsland/ Staatsangehörigkeit																					
Tag	Monat	Jahr																																
gestorben am: <table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr> </table>							Tag	Monat	Jahr				derzeitige Tätigkeit																					
Tag	Monat	Jahr																																
Erste Arzt- konsultation: <table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr> </table>							Tag	Monat	Jahr				Arbeitsstelle/ Gemeinschaftseinrichtung Telefon-Nr.																					
Tag	Monat	Jahr																																
Krankenhaus- einweisung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der Einweisung: <table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr> </table>							Tag	Monat	Jahr				Anschrift und Kontaktdaten des Krankenhauses																				
Tag	Monat	Jahr																																
abgesondert zu Hause <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																		
Für die klinische Diagnose relevante Symptome:																																		
Vorliegende labordiagnostische Daten:																																		
diagnostiziert am: <table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr> </table>							Tag	Monat	Jahr				durch Labor	<table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="10">Labornummer</td></tr> </table>											Labornummer									
Tag	Monat	Jahr																																
Labornummer																																		
Impfstatus bei Meldung einer impfpräventablen Erkrankung																																		
unbekannt <input type="checkbox"/>	unvollständig geimpft <input type="checkbox"/>	Anzahl der Impfungen: _____																																
ungeimpft <input type="checkbox"/>	vollständig geimpft <input type="checkbox"/>	Datum der letzten Impfung: <table border="0"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="3"></td></tr> </table>							Tag	Monat	Jahr																							
Tag	Monat	Jahr																																
Epidemiologische Hinweise		Name, Anschrift und Kontaktdaten der Einrichtung																																
Tätigkeit in medizinischen Bereichen oder Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 oder 2 bzw. § 23 Abs. 5 IfSG <input type="checkbox"/>																																		
Tätigkeit im Lebensmittelbereich (§ 42 Abs. 1 IfSG) (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera) <input type="checkbox"/>																																		
Betreuung in Gemeinschaftseinrichtung (§ 33 IfSG) <input type="checkbox"/>																																		
Blut-/Organ-/Gewebespende in den letzten 6 Monaten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	Bei Tuberkulose, Hepatitis B und C: Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Jahr der Einreise																																	
Angehörige der Wohngemeinschaft, die in Lebensmittelbetrieben, medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten oder diese besuchen; Erkrankungen von Kontaktpersonen; Infektionsquelle: Person/Produkt/Auslandsaufenthalt																																		
Sofortmaßnahmen <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> a</td><td><input type="checkbox"/> b</td><td><input type="checkbox"/> c</td><td><input type="checkbox"/> d</td><td><input type="checkbox"/> e</td></tr> </table> (Schlüssel siehe Rückseite)	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e	Datum, Unterschrift des Meldenden	Stempel (Anschrift, Telefon)																											
<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e																														

* Bundesgesetzblatt Teil I 2000, S. 1045-1077, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 13, 2016, S. 515, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49, 2017, S. 2615
Sächs. Gesetz- und Verordnungsblatt 2002, S. 187 und 2011, S. 629
Stand: November 2017

Sofortmaßnahmen

werden vom meldenden Arzt sofort veranlasst. Sie gelten vorläufig, bis das Gesundheitsamt die Art, die Häufigkeit, den Umfang und den Zeitraum der Gültigkeit der angeordneten Maßnahmen bestätigt oder aufhebt.

Für den Erkrankten:

- Entnahme von Untersuchungsmaterial vom Erkrankten
- Beobachtung oder Absonderung oder Tätigkeits- und Besuchsbeschränkungen oder –verbot
- Belehrung über das zweckmäßige Verhalten zur Verhütung einer Weiterverbreitung der Erreger und die vorschriftsmäßige Durchführung der laufenden Desinfektion

Für Personen aus der Umgebung des Erkrankten:

- Entnahme von Untersuchungsmaterial von der vermuteten Infektionsquelle bzw. Sicherstellung vermutlich kontaminierter Lebensmittel u. a.
- Beobachtung oder Absonderung oder Tätigkeits- und Besuchsbeschränkungen oder –verbot

Meldepflichtige Krankheit	V	E	T	A		V	E	T	A
Angeborene					Keuchhusten	+	+	+	
a) Cytomegalie		+	+		Legionellose		+	+	
b) Listeriose		+	+		Lepra		+	+	
c) Lues		+	+		Leptospirose				
d) Toxoplasmose		+	+		a) Weil'sche Krankheit		+	+	
e) Rötelnembryopathie	+	+	+		b) übrige Formen		+	+	
f) Varizellen einschl. des kongenitalen Varzellensyndroms		+	+		Listeriose		+	+	
Borreliose		+	+		Malaria		+	+	
Botulismus	+	+	+		Masern	+	+	+	
Brucellose		+	+		Meningitis/Enzephalitis				
Cholera	+	+	+	+	a) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	+	+	+	
Diphtherie	+	+	+	+	b) andere bakterielle Meningitiden nach Erreger		+	+	
Echinokokkose		+	+		c) Virus-Meningoenzephalitiden nach Erreger		+	+	
Enteritis infectiosa durch					d) übrige Formen		+	+	
a) Adenoviren	+ ¹⁾	+	+		Milzbrand	+	+	+	
b) Astroviren	+ ¹⁾	+	+		Mumps	+	+	+	
c) Campylobacter species	+ ¹⁾	+	+	+	Ornithose		+	+	
d) Clostridium difficile	+ ¹⁾	+	+		Paratyphus A, B und C	+	+	+	+
e) Coronaviren	+ ¹⁾	+	+		Pest	+	+	+	
f) Cryptosporidium parvum	+ ¹⁾	+	+	+	Pneumokokkenerkrankungen, weitere invasive		+	+	
g) Entamoeba histolytica	+ ¹⁾	+	+	+	Poliomyelitis	+	+	+	
h) Escherichia coli (enteropathogene, enterotoxische, enteroinvasive, enterohämorrhagische, enteroaggregierende und diffusadhärente)	+ ¹⁾	+	+	+	Q-Fieber		+	+	
i) Giardia lamblia	+ ¹⁾	+	+	+	Röteln	+	+	+	
j) Noroviren	+ ¹⁾	+	+	+	Rückfallfieber		+	+	
k) Rotaviren	+ ¹⁾	+	+	+	Scharlach		+	+	
l) Salmonella species	+ ¹⁾	+	+	+	Shigellenruhr	+ ¹⁾	+	+	+
m) Yersinia enterocolitica	+ ¹⁾	+	+	+	Tetanus		+	+	
n) übrige Formen einschl. mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung ²⁾	+ ¹⁾	+	+		Tollwut	+	+	+	
Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	+	+	+		Tollwutexposition				
Fleckfieber		+	+		Toxoplasmose		+	+	
Gasbrand/Gasoedem		+	+		Trichinose		+	+	
Gelbfieber		+	+		Tuberkulose (behandlungsbedürftig)		+	+	
Häufungen					Tularämie		+	+	
a) nosokomiale Infektionen (IfSG § 6 (3))	+	+	+		Typhus abdominalis	+	+	+	+
b) nach IfSG § 6 (1) 5.	+	+	+		Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	+	+	+	
Herpes zoster		+	+		Virushepatitis				
Humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditären Formen	+	+	+		a) Hepatitis A	+	+	+	
Influenza (Virusgrippe)		+	+		b) Hepatitis B	+	+	+	+
Zoonotische Influenza	+	+	+		c) Hepatitis C	+	+	+	+
					d) Hepatitis D	+	+	+	
					e) Hepatitis E	+	+	+	
					f) übrige Formen	+	+	+	
					Windpocken	+	+	+	
					Übrige Infektionskrankheiten ausgenommen AIDS				+

Legende: V = Verdacht E = Erkrankung T = Tod A = Ausscheider

¹⁾ Der Verdacht ist meldepflichtig, wenn
a) eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des IfSG § 42 (1) ausübt,
b) zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird (IfSG § 6 Abs. 1, Pkt. 2)

²⁾ Zu den übrigen Formen einschließlich mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen gehören auch Erkrankungen durch unspezifische bakterielle Erreger (z. B. C. perfringens, B. cereus, Citrobacter, Proteus) sowie Erkrankungen durch Stoffwechselprodukte wie mikrobielle Toxine (z. B. Staphylokokken-Enterotoxin).