

<p>Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts): _____</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers geb. am: _____</p> <p>Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse): _____ Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)</p>	<h2 style="margin: 0;">Meldeformular (RKI)</h2> <p style="margin: 0;">- Vertraulich -</p> <h3 style="margin: 0;">Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG</h3>	
<p><input type="checkbox"/> Verdacht</p> <p><input type="checkbox"/> Klinische Diagnose</p> <p><input type="checkbox"/> Tod Todesdatum: _____</p> <p>Erkrankungsbeginn: _____</p> <p>Diagnosedatum: _____</p> <p>Datum der Meldung: _____</p>	<p>Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung:</p> <p><input type="checkbox"/> geimpft, Anzahl Impfdosen: _____</p> <p>Datum der letzten Impfung: _____</p> <p>Impfstoff: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt</p>	
<p><input type="checkbox"/> Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten</p>		
<p><input type="checkbox"/> Botulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingter Botulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Wundbotulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus</p> <p><input type="checkbox"/> Cholera</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform</p> <p><input type="checkbox"/> stat. Aufnahme aufgrund amb. erworb. Infektion</p> <p><input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation</p> <p><input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis</p> <p><input type="checkbox"/> Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI</p> <p><u>Nachweis:</u></p> <p>Toxin: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B</p> <p>aus: <input type="checkbox"/> Stuhl oder <input type="checkbox"/> Isolat</p> <p>als: <input type="checkbox"/> Toxin oder <input type="checkbox"/> Toxin-Gen (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Histologischer Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> Endoskopischer Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)</p> <p><input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Husten</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonie (Lungenentzündung)</p> <p><input type="checkbox"/> Schnupfen</p> <p><input type="checkbox"/> akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)</p> <p><input type="checkbox"/> beatmungspflichtige Atemwegserkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspnoe (Atemstörung)</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Geruchs- und/oder Geschmacksverlust</p> <p><input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)</p> <p><input type="checkbox"/> Diphtherie</p> <p><input type="checkbox"/> Hautdiphtherie</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale, Typ: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Ikterus (Gelbsucht)</p> <p><input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden</p> <p><input type="checkbox"/> erhöhte Serumtransaminasen</p>	<p><input type="checkbox"/> HUS (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)</p> <p><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung</p> <p><input type="checkbox"/> ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS</p> <p><input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)</p> <p><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)</p> <p><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor</p> <p><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen</p> <p>Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Apnoen</p> <p><input type="checkbox"/> Masern (akut) Exanthembeginn: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Husten</p> <p><input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag (makulopapulös)</p> <p><input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)</p> <p><input type="checkbox"/> Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)</p> <p><input type="checkbox"/> Masern (Folgeerkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> subakute sklerosierende Panenzephalitis</p> <p><input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild</p> <p><input type="checkbox"/> Purpura fulminans</p> <p><input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> Ekchymosen</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen</p> <p><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonie</p> <p><input type="checkbox"/> makulopapulöses Exanthem</p> <p><input type="checkbox"/> meningeale Zeichen</p> <p><input type="checkbox"/> Petechien</p> <p><input type="checkbox"/> Milzbrand</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps</p> <p><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)</p> <p><input type="checkbox"/> Hoden- bzw. Eierstockentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Enzephalitis <input type="checkbox"/> Fieber</p> <p><input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Meningitis</p> <p><input type="checkbox"/> Pankreatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Orthopocken</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hautausschlag</p> <p><input type="checkbox"/> Hautläsion <input type="checkbox"/> Schleimhautläsion</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung</p>	<p><input type="checkbox"/> Paratyphus</p> <p><input type="checkbox"/> Pest</p> <p><input type="checkbox"/> Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln (konnatal)</p> <p><input type="checkbox"/> Röteln (postnatal) Exanthembeginn: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Generalisierter Ausschlag</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien</p> <p><input type="checkbox"/> Fehl-/ Totgeburt</p> <p><input type="checkbox"/> Frühgeburt oder Geburt eines Kindes mit Embryopathie</p> <p><input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Typhus abdominalis</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer <u>behandlungsbedürftigen</u> Tuberkulose, auch ohne bakteriologischen Nachweis</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)</p> <p><input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)</p> <p>Erreger (falls bekannt): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Windpocken (nicht Gürtelrose)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausschlag an (Schleim-) Haut mit <u>gleichzeitig vorhandenen</u> Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausschlag (Schleim-)Haut: Flecken, Bläschen o. Pusteln</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza, zoonotisch</p> <p>bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen</p> <p><input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</p> <p><input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben</p> <p><input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang Erreger (falls bekannt): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung</p> <p>Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist</p> <p><input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)</p> <p>Erkrankung / Erreger: _____</p>

Epidemiologische Situation Patient/in ist tätig : <input type="checkbox"/> im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG) <input type="checkbox"/> im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis) <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)		Patient/in wird betreut oder ist untergebracht in <input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe) <input type="checkbox"/> stationärer / teilstationärer Pflegeeinrichtung seit: _____ <input type="checkbox"/> anderer Einrichtung nach §36 IfSG (z.B. JVA, Unterkunft für Asylsuchende, Obdachlosenunterkunft) seit: _____ Patient/in ist aktuell/war <input type="checkbox"/> hospitalisiert von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> in intensivmedizinischer Behandlung von _____ bis _____	
Einrichtung (Name, Ort, Kontaktdaten): _____ <input type="checkbox"/> Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird) Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: _____ 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 Lübeck Tel.: 0451-122-5369 Sophienstraße 2-8		<input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt. ¹ Name, Ort, Telefonnr. des Labors: _____ <input type="checkbox"/> Es wurde ein NRZ beauftragt. ¹ Name, Ort, Telefonnr. des Labors: _____ Probenentnahme am: _____	
		Meldende Person (Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.): _____	

¹ 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.

