

		Arzt-Meldeformular <i>Meldepflichtige Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6, 8, 9 und der sächsischen IfSG MeldeVO §§ 1, 4*</i>																																										
Name, Vorname, Hauptwohnsitz geb.am		An das Gesundheitsamt in (Anschrift, Telefon, Fax)																																										
(derzeitiger Aufenthaltsort)		Meldung im Gesundheitsamt angenommen durch:																																										
		am	Uhrzeit	Fax <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>	schriftlich <input type="checkbox"/>	E - mail <input type="checkbox"/>																																					
<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="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td><td colspan="3"></td></tr></table>								Tag	Monat	Jahr				Geburtsland/ Staatsangehörigkeit																														
Tag	Monat	Jahr																																										
gestorben am <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td><td colspan="3"></td></tr></table>								Tag	Monat	Jahr				derzeitige Tätigkeit																														
Tag	Monat	Jahr																																										
Erste Arzt- konsultation <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">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="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td><td colspan="3"></td></tr></table>								Tag	Monat	Jahr				Anschrift des Krankenhauses																														
Tag	Monat	Jahr																																										
abgesondert zu Hause <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																												
Für die klinische Diagnose relevante Symptome:																																												
Vorliegende labor- diagnostische Daten																																												
diagnostiziert am (Anschrift)		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td><td colspan="3"></td></tr></table>								Tag	Monat	Jahr				durch Labor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td><td colspan="3"></td></tr></table>									Tag	Monat	Jahr				Labornummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">Tag</td><td style="font-size: 8px;">Monat</td><td style="font-size: 8px;">Jahr</td><td colspan="3"></td></tr></table>								Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																																										
Tag	Monat	Jahr																																										
Tag	Monat	Jahr																																										
Epidemiologische Hinweise			Name und Anschrift der Einrichtung																																									
Tätigkeit in medizinischen Bereichen oder Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG			<input type="checkbox"/>																																									
Tätigkeit im Lebensmittelbereich (§ 42 Abs. 1 IfSG) (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Cholera)			<input type="checkbox"/>																																									
Betreuung in Gemeinschaftseinrichtung (§ 33 IfSG)			<input type="checkbox"/>																																									
Blut-/Organ-/Gewebe spende in den letzten 6 Monaten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>																																												
Angehörige der Wohngemeinschaft, die in Lebensmittelbetrieben, medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten oder diese besuchen; Erkrankungen von Kontaktpersonen; Infektionsquelle: Person/Produkt/Auslandsaufenthalt																																												
Impfstatus bei Meldung einer impfpräventablen Erkrankung																																												
unbekannt <input type="checkbox"/>			unvollständig geimpft <input type="checkbox"/>																																									
ungeimpft <input type="checkbox"/>			vollständig geimpft <input type="checkbox"/>																																									
Sofortmaßnahmen <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">a</td><td style="font-size: 8px;">b</td><td style="font-size: 8px;">c</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">d</td><td style="font-size: 8px;">e</td></tr></table> (Schlüssel siehe Rückseite)					a	b	c			d	e	Datum, Unterschrift des Meldenden			Stempel (Anschrift, Telefon)																													
a	b	c																																										
d	e																																											

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					Leptospirose				
a) Cytomegalie		+	+		a) Weil'sche Krankheit		+	+	
b) Listeriose		+	+		b) übrige Formen		+	+	
c) Lues		+	+		Listeriose		+	+	
d) Toxoplasmose		+	+		Malaria		+	+	
e) Rötelnembryopathie		+	+		Masern	+	+	+	
f) Varizellen einschl. des kongenitalen Varzellensyndroms		+	+		Meningitis/Enzephalitis				
Borreliose		+	+		a) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	+	+	+	
Botulismus	+	+	+		b) andere bakterielle Meningitiden nach Erreger		+	+	
Brucellose		+	+		c) Virus-Meningoenzephalitiden nach Erreger		+	+	
Cholera	+	+	+	+	d) übrige Formen		+	+	
Diphtherie	+	+	+	+	Milzbrand	+	+	+	
Echinokokkose		+	+		Mumps		+	+	
Enteritis infectiosa durch					Ornithose		+	+	
a) Adenoviren	+ ¹⁾	+	+		Paratyphus A, B und C	+	+	+	+
b) Astroviren	+ ¹⁾	+	+		Pertussis (Keuchhusten)		+	+	
c) Campylobacter spec.	+ ¹⁾	+	+	+	Pest	+	+	+	
d) Coronaviren	+ ¹⁾	+	+		Poliomyelitis	+	+	+	
e) Cryptosporidium parvum	+ ¹⁾	+	+	+	Q-Fieber		+	+	
f) Entamoeba histolytica	+ ¹⁾	+	+	+	Röteln		+	+	
g) Escherichia coli (enteropathogene, enterotoxische, enteroinvasive, enterohämorrhagische, enteroaggregierende und diffus-adhärente)	+ ¹⁾	+	+	+	Rotz		+	+	
h) Giardia lamblia	+ ¹⁾	+	+	+	Rückfallfieber		+	+	
i) Norwalk-like-Viren	+ ¹⁾	+	+	+	Scharlach		+	+	
j) Rotaviren	+ ¹⁾	+	+	+	Shigellenruhr	+ ¹⁾	+	+	+
k) Salmonella spec.	+ ¹⁾	+	+	+	Tetanus		+	+	
l) Yersinia enterocolitica	+ ¹⁾	+	+	+	Toxisches Schocksyndrom (TSS) nach Erreger		+	+	
m) übrige Formen einschl. mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung ²⁾	+ ¹⁾	+	+		Tollwut	+	+	+	
Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	+	+	+		Tollwutexposition				
Fleckfieber		+	+		Toxoplasmose		+	+	
Gasbrand/Gasoedem		+	+		Trachom		+	+	
Gelbfieber		+	+		Trichinose		+	+	
Häufungen					Tuberkulose (behandlungsbedürftig)		+	+	
a) nosokomiale Infektionen (IfSG § 6 (3))	+	+	+		Tularämie		+	+	
b) nach IfSG § 6 (1) 5.	+	+	+		Typhus abdominalis	+	+	+	+
Humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditäre Formen	+	+	+		Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	+	+	+	
Influenza (Virusgrippe)		+	+		Virushepatitis				
Legionellose		+	+		a) Hepatitis A	+	+	+	
Lepra		+	+		b) Hepatitis B	+	+	+	+
					c) Hepatitis C	+	+	+	+
					d) Hepatitis D	+	+	+	
					e) Hepatitis E	+	+	+	
					f) übrige Formen	+	+	+	
					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. *Cl. difficile*, *Cl. perfringens*, *Bac. cereus*, *Citrobacter*, *Proteus*), Erkrankungen durch Stoffwechselprodukte wie mikrobielle Toxine (z.B. Staphylokokken-Enterotoxin) oder biogene Amine (z.B. Histamin)