

Arzt-Meldeformular <i>Meldepflichtige Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6, 8, 9 und der sächsischen IfSGMeldeVO §§ 1, 4*</i>																															
Name, Vorname, Hauptwohnsitz <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">geb.am</div>	An das Gesundheitsamt (Anschrift, Telefon, Fax)																														
(derzeitiger Aufenthaltsort)	Meldung im Gesundheitsamt angenommen durch:																														
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">am</td> <td style="width: 15%;">Uhrzeit</td> <td style="width: 15%;">Fax <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">Telefon <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">schriftlich <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 15%;">E - mail <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	am	Uhrzeit	Fax <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>	schriftlich <input type="checkbox"/>	E - mail <input type="checkbox"/>																								
am	Uhrzeit	Fax <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>	schriftlich <input type="checkbox"/>	E - mail <input type="checkbox"/>																										
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; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="3">Jahr</td></tr> </table>						Tag	Monat	Jahr			Geburtsland/ Staatsangehörigkeit																				
Tag	Monat	Jahr																													
gestorben am <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="3">Jahr</td></tr> </table>						Tag	Monat	Jahr			derzeitige Tätigkeit																				
Tag	Monat	Jahr																													
Erste Arzt- konsultation <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="3">Jahr</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; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="3">Jahr</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 labordiagnostische Daten:																															
diagnostiziert am <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="3">Jahr</td></tr> </table>						Tag	Monat	Jahr			durch Labor <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </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"/> ungeimpft <input type="checkbox"/>	unvollständig geimpft <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/>																														
Anzahl der Impfungen: _____ Datum der letzten Impfung <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td colspan="3">Jahr</td></tr> </table>							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, 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"/>																															
Angehörige der Wohngemeinschaft, die in Lebensmittelbetrieben, medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten oder diese besuchen; Erkrankungen von Kontaktpersonen; Infektionsquelle: Person/Produkt/Auslandsaufenthalt																															
Sofortmaßnahmen <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">a</td><td style="width: 20px;">b</td><td style="width: 20px;">c</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">d</td><td style="width: 20px;">e</td></tr> </table> (Schlüssel siehe Rückseite)	a	b	c	d	e	Datum, Unterschrift des Meldenden																									
a	b	c																													
d	e																														
Stempel (Anschrift, Telefon)																															

* Bundesgesetzblatt Teil I 2000, S. 1045-1077
 Sächs. Gesetz- und Verordnungsblatt 2002, S. 187 und 2011, S. 629

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					Legionellose		+	+	
a) Cytomegalie		+	+		Lepra		+	+	
b) Listeriose		+	+		Leptospirose				
c) Lues		+	+		a) Weil'sche Krankheit		+	+	
d) Toxoplasmose		+	+		b) übrige Formen		+	+	
e) Rötelnembryopathie	+	+	+		Listeriose		+	+	
f) Varizellen einschl. des kongenitalen Varzellensyndroms		+	+		Malaria		+	+	
Borreliose		+	+		Masern	+	+	+	
Botulismus	+	+	+		Meningitis/Enzephalitis				
Brucellose		+	+		a) Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	+	+	+	
Cholera	+	+	+	+	b) andere bakterielle Meningitiden nach Erreger		+	+	
Diphtherie	+	+	+	+	c) Virus-Meningoenzephalitiden nach Erreger		+	+	
Echinokokkose		+	+		d) übrige Formen		+	+	
Enteritis infectiosa durch					Milzbrand	+	+	+	
a) Adenoviren	+ ¹⁾	+	+		Mumps	+	+	+	
b) Astroviren	+ ¹⁾	+	+		Ornithose		+	+	
c) Campylobacter species	+ ¹⁾	+	+	+	Paratyphus A, B und C	+	+	+	+
d) Clostridium difficile	+ ¹⁾	+	+		Pertussis	+	+	+	
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	+	+	+	+
					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).