NRW

Meldeformular
Meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Vertraulich

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

....
PLZ Ort

....
Telefon (Fax)

Meldende Person / Einrichtung:

.....
Name der Einrichtung

.....
Straße und Hausnummer

|__|__|__|__|__| .....
PLZ Ort

Meldende Person:.....

Telefonnummer:.....

Datum: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Patient/in:

Name: ..... Vorname: ..... ❍ Männlich ❍ Weiblich Geburtsdatum: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: ..... |__|__|__|__|__| .....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend: ..... |__|__|__|__|__| .....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Meldepflichtige Krankheit ***(Bitte entsprechend Verdacht, Erkrankung oder Tod ankreuzen)***

Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod
Botulismus	❍	❍	❍	Masern	❍	❍	❍
Cholera	❍	❍	❍	Meningokokken-Meningitis/Sepsis	❍	❍	❍
Diphtherie	❍	❍	❍	Milzbrand	❍	❍	❍
Humane spongiforme Enzephalopathie außer familiär-hereditärer Formen	❍	❍	❍	Poliomyelitis als Verdacht gilt jede schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt	❍	❍	❍
Virus Hepatitis, akute	❍	❍	❍	Pest	❍	❍	❍
Hämolytisch-urämisches Syn-drom, enteropathisches (HUS)	❍	❍	❍	Typhus abdominalis	❍	❍	❍
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	❍	❍	❍	Paratyphus	❍	❍	❍

Tollwut auch die Verletzung durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers	❍	❍	❍
Tuberkulose Meldung auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis, wenn vollständige Antituberkulotika-Therapie indiziert		❍	❍
Mikrobiell bedingte Lebensmittel-vergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis nur, wenn entweder bei ≥ 2 Erkrankungen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich oder zu vermuten ist **oder** eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist (§ 42 Abs. 1 IfSG)	❍	❍	
Andere bedrohliche Krankheit* **Erregername *(falls bekannt):***	❍	❍	❍
Erkrankungshäufungen* ≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird **Erregername *(falls bekannt)*:**	❍	❍	❍

* *gem. § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG*

Impfschaden-Verdacht ❍

Angaben zur Impfung *gem. § 22 IfSG:*

Datum der Schutzimpfung: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes: .....

Name der Krankheit, gegen die geimpft wurde: .....

Name und Anschrift des Impfarztes: .....

.....

.....

Tag der Erkrankung[1]: .....oder Tag der Diagnose[1]: .....

[1] wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Falls verstorben, Todestag: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| ❍ Nicht bekannt
Tag Monat Jahr

Wahrscheinliche Infektionsquelle: **.....**

Land: .....

Bei Tuberkulose: Geburtsland: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Bei Krankheiten, die durch Blut- oder Gewebespende übertragen werden können

Blutspende in den letzten 6 Monaten: ❍
Organspende in den letzten 6 Monaten: ❍
Gewebespende in den letzten 6 Monaten: ❍

Überweisung/Aufnahme in Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege *(soweit bekannt)**:***

❍ Nein ❍ Ja,

Aufnahme am: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Entlassung am: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

❍ Tätigkeit des/der Erkrankten in Einrichtungen gemäß § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte)

❍ Tätigkeit des/der Erkrankten im Lebensmittelbereich im Sinne von § 42 Abs. 1 IfSG (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera)

❍ Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut gemäß § 33 IfSG (z.B. Schule, Kinderkrippe)

Labor/Untersuchungsstelle, das/die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde: .....

.....
Name des Labors

..... |__|__|__|__|__| ....
Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefonnummer

❍ = *bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend*

NRW

Labor-Meldeformular
Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

*Für nichtnamentliche Meldungen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG von HIV, Treponema pallidum, Echinococcus sp., Plasmodium sp. sowie konnatale Rubellavirus- und Toxoplasma gondii-Infektionen **nur** separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts nutzen*

Vertraulich

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

....
PLZ Ort

....
Telefon Fax

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle:

.....
Labor / Untersuchungsstelle

.....
Straße und Hausnummer

|__|__|__|__|__| .....
PLZ Ort

Meldende Person:.....

Telefonnummer:.....

Datum |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Labordiagnostischer Untersuchungsbefund:

Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: .....
(bitte eine Meldung pro Befund) *(exakte Angaben zu Spezies, Serotyp, Serovar, Toxintyp etc., soweit durchgeführt)*

Untersuchungsmaterial: ..... Eingangsdatum des Materials: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
(siehe Hinweise auf der Rückseite zu den relevanten Untersuchungsmaterialien) Tag Monat Jahr

Nachweismethode: *Nur bei positivem Befund ankreuzen!* (*Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, siehe Rückseite)*

- ❍ Kultur/Isolierung
- ❍ Antikörper-Nachweis
- ❍ IgM-Antikörper-Nachweis
- ❍ Antigen-Nachweis
- ❍ Toxin-Nachweis
- ❍ Mikroskopischer Nachweis
- ❍ Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung
- ❍ mindestens 4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe
- ❍ Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR)
- ❍ Histologie
- ❍ Nachweis des Toxingens
- ❍ Andere Nachweismethode/n, welche: .....

Patient/in:

Name: ..... Vorname: ..... ❍ Männlich* ❍ Weiblich*

Geburtsdatum*: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz*: ..... |__|__|__|__|__| .....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort*,
falls abweichend: ..... |__|__|__|__|__| .....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

**Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 4 IfSG / soweit Angaben vorliegen*

Einsendender Arzt bzw. *einsendendes* Krankenhaus:

Name der Einrichtung: ..... Telefon: .....

Name der einsendenden Person: .....

Anschrift: ..... |__|__|__|__|__| .....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Erläuterung: Für die jeweiligen Erreger werden nur die Nachweismethoden mit nicht schraffierten Feldern vom Gesundheitsamt als Meldung weiter an die Landesbehörde übermittelt

Erreger	Kultur/Isolierung	Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung	Antikörper-Nachweis	IgM-Antikörper-Nachweis	4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe	Antigen-Nachweis	Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR)	Toxin-Nachweis	Nachweis des Toxingens	Mikroskopischer Nachweis	Histologie	Bemerkungen
Adenoviren	*	*				*	*					* nur aus Konjunktivalabstrich *nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 IfSG*
Bacillus anthracis										*		* Immunofluoreszenzmikroskopie (Nachweis der Kapsel)
Borrelia recurrentis										*		* Dunkelfeld-, Phasenkontrastmikroskopie
Brucella sp.			*							**		* einmalig hoher Antikörpertiter, ** Immunofluoreszenzmikroskopie
Campylobacter sp., darmpathogen	*											* Erregerisolierung aus Stuhl
Chlamydia psittaci												
Clostridium botulinum	*							**				* Erregerisolierung aus Stuhl (Säuglingsbotulismus), Wundmaterial ** Toxin-Nachweis aus Blut, Stuhl, Mageninhalt
Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend												
Coxiella burnetii	*			**	**							* Erregerisolierung aus Blut, ** Antikörper-Nachweis gegen Phase-2-Antigene
Cryptosporidium parvum						*				**		* Antigen-Nachweis im Stuhl, ** aus Stuhl, Darmflüssigkeit, Biopsien
Ebola-Virus										*		* Elektronenmikroskopie
Echinococcus sp.												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular
Escherichia coli, (EHEC)	*			**	**			+	+			* aus Stuhl, ** nur LPS-Antikörper, bei HUS, + nur aus E. coli-Isolat
Escherichia coli, sonstige	*							*+	+			* aus Stuhl, + nur aus E. coli-Isolat
Francisella tularensis			*			**						* Nachweis eines einmalig hohen Antikörpertiters, ** z.B. Immunofluoreszenz-mikroskopie, ELISA
FSME-Virus			*	**	***		+					* IgG aus Liquor, ** aus Blut oder Liquor, *** aus Blut, + aus Blut, Liquor, post mortem aus Organgewebe
Gelbfiebervirus												
Giardia lamblia										*		* im Stuhl oder Duodenalsekret
Haemophilus influenzae	*	*				*	*					* nur aus Liquor oder Blut
Hantaviren												
Hepatitis-A-Virus						*						* im Stuhl
Hepatitis-B-Virus				*		**						* HBc-IgM-Antikörper, ** HBs-Antigen bestätigt durch Zusatztest
Hepatitis-C-Virus			* **				*					* chronische Infektion nicht bekannt, ** HCV-Antikörper bestätigt durch Zusatztest
Hepatitis-D-Virus				*		*	*					* Nachweis einer HBV-Infektion (HBsAg oder HBV-DNA positiv) muss vorliegen
Hepatitis-E-Virus												
HIV												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular
Influenza-Viren						*						* in Zellen des Nasen-Rachen-Raums
Lassa-Virus										*		* Elektronenmikroskopie
Legionella sp.	*				**	+						* Sekrete des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuralflüssigkeit ** SG_1-Legionella-Antikörper, + SG_1-Legionella-Antigen im Urin
Leptospira interrogans										*		* Immunofluoreszenzmikroskopie
Listeria monocytogenes	*											* aus Blut, Liquor oder normalerweise sterilen Substraten, Abstrichen von Neugeborenen
Marburg-Virus										*		* Elektronenmikroskopie
Masern-Virus												
Mycobacterium leprae			*									* einmalig hoher PGL-1-Antikörpertiter
Mycobacterium tuberculosis-Komplex	*									**		* Ergebnisse der Typendifferenzierung und der Resistenzbestimmung sind gesondert meldepflichtig, ** Nachweis säurefester Stäbchen
Neisseria meningitidis	*	*				*	*			* **		* aus Liquor, Blut oder normalerweise sterilen Substraten, ** gram-negative Diplokokken
Norwalk-ähnliches Virus						*	*			* **		* nur aus Stuhl, ** Elektronenmikroskopie/Immunelektronenmikroskopie
Plasmodium sp.												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular
Poliovirus												
Rabies-Virus												
Rickettsia prowazekii										*		* Immunofluoreszenzmikroskopie in Gewebeproben
Rota-Virus										*		* Elektronenmikroskopie
Rubella-Virus (konnatale Infektion)												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular
Salmonella Paratyphi												
Salmonella Typhi												
Salmonella, sonstige												
Shigella sp.	*											* aus Stuhl
Toxoplasma gondii												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular
Treponema pallidum												Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular
Trichinella spiralis										*		* Nachweis von Trichinella-Larven
Vibrio cholerae O 1 und O 139						*						* Nachweis des O_1- oder O_{139}-Antigens
Yersinia enterocolitica,darmpathogen			*									* IgA-Antikörper oder Widal
Yersinia pestis					*					**		* Anti-F_1-IgG-Antikörper, ** F_1-Antigen durch Fluoreszenzmikroskopie
Andere Erreger hämorrhagischer Fieber												