

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG und § 1 ThürIfKrMVO

zentraler Thüringer Formularpool

Betroffene Person weiblich männlich divers Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse <div style="text-align: right;">Geburtsdatum ____ / ____ / ____ Tag Monat Jahr</div> <div style="color: red; font-size: small; margin-top: 5px;">Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.</div>	bei impfpräventablen Krankheiten geimpft nicht geimpft Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen Datum der letzten Impfung ____ / ____ / ____ <div style="text-align: right; font-size: small;"> Tag Monat Jahr</div> Impfstoff _____ bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat _____ Staatsangehörigkeit _____ Jahr der Einreise nach Deutschland _____ Zugehörigkeit zur Bundeswehr Soldat / Bundeswehrangehöriger Zivilperson (untergebracht / tätig in Bundeswehreinrichtung)																					
Meldende Person Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse	<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Verdacht</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Klinische Diagnose</th> <th style="text-align: left; width: 33%;">Tod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19</td> </tr> <tr> <td>Datum der Verdachts-/Diagnose</td> <td style="text-align: center;">____ / ____ / ____</td> <td style="text-align: right;">(Tag/Monat/Jahr)</td> </tr> <tr> <td>Erkrankungsbeginn 1)</td> <td style="text-align: center;">____ / ____ / ____</td> <td style="text-align: right;">(Tag/Monat/Jahr)</td> </tr> <tr> <td>Todesdatum</td> <td style="text-align: center;">____ / ____ / ____</td> <td style="text-align: right;">(Tag/Monat/Jahr)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Infektionszeitpunkt/-raum _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">1) wenn Datum unbekannt, wahrscheinlichen Zeitraum angeben</td> </tr> </tbody> </table>	Verdacht	Klinische Diagnose	Tod	Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19			Datum der Verdachts-/Diagnose	____ / ____ / ____	(Tag/Monat/Jahr)	Erkrankungsbeginn 1)	____ / ____ / ____	(Tag/Monat/Jahr)	Todesdatum	____ / ____ / ____	(Tag/Monat/Jahr)	Infektionszeitpunkt/-raum _____			1) wenn Datum unbekannt, wahrscheinlichen Zeitraum angeben		
Verdacht	Klinische Diagnose	Tod																				
Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19																						
Datum der Verdachts-/Diagnose	____ / ____ / ____	(Tag/Monat/Jahr)																				
Erkrankungsbeginn 1)	____ / ____ / ____	(Tag/Monat/Jahr)																				
Todesdatum	____ / ____ / ____	(Tag/Monat/Jahr)																				
Infektionszeitpunkt/-raum _____																						
1) wenn Datum unbekannt, wahrscheinlichen Zeitraum angeben																						
Klinische Informationen Krankheit _____ _____ Erreger, Typ _____ _____ Symptome _____ (siehe auch Blatt 3 und 4)	bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) Behandlungsergebnis _____ _____ Serostatus _____																					

Epidemiologische Informationen

Betroffene Person ist

- | | | |
|--|--------------|--------------------------------|
| im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) | tätig | betreut / untergebracht |
| in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung von _____ bis _____ | | |
| intensivmedizinische Behandlung _____ bis _____ | | |
| in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 33, 34, 36 Abs. 1 und 2 IfSG) | tätig | betreut / untergebracht |
| Schule Kita Heim Obdachlosenunterkunft | | |
| JVA Pflegeheim sonstige Massenunterkünfte | | |
| im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) | tätig | |

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung / des Unternehmens

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)
Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, Ausbruchskennung etc.

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/zum wahrscheinlichen Infektionsquelle/-umfeld (z. B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt)

(Auslands-)Aufenthalt von _____ bis _____

Ort / Bundesland _____ Staat _____

Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von der Anschrift

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt ²⁾

Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

Datum der Probenentnahme ____ / ____ / ____
Tag Monat Jahr

2) Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6, 7 IfSG).

► unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden
(<https://tools.rki.de/PLZTool/>)

Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen		
Borreliose ¹⁾		✓	✓	Erythema migrans	Lyme-Arthritis	akute Neuroborreliose
Botulismus	✓	✓	✓	lebensmittelbedingt	Wundbotulismus	Säuglingsbotulismus
Cholera	✓	✓	✓	Durchfall	Erbrechen	
<i>Clostridioides difficile</i> - Infektion, schwere Verlaufsform		✓	✓	stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion Aufnahme / Verlegung auf eine Intensivstation chirurgischer Eingriff (z. B. Kolektomie) Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose		
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	✓	✓ ^{*)}	✓	akute respiratorische Symptome jeder Schwere Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) Kontakt mit einem bestätigten Fall Beatmung ^{*)} Meldepflicht auch bei Hospitalisierung		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	✓	✓	✓	außer familiär-hereditäre Formen		
Diphtherie	✓	✓	✓	respiratorische Diphtherie	Hautdiphtherie	
Gasbrand ^{1) 2)}		✓	✓	ödembedingte, rasch zunehmende Weichteilschwellung	Tachykardie starker Wundschmerz	exogener Gasbrand endogener Gasbrand
Hämorrhag. Fieber, viral	✓	✓	✓	Erreger, falls bekannt:		
Hepatitis, akute virale	✓	✓	✓	Ikterus	erhöhte Lebertransaminasen	Oberbauchbeschwerden Fieber
Hepatitis B, chronisch ¹⁾		✓	✓	Ikterus	erhöhte Lebertransaminasen	Oberbauchbeschwerden Leberzirrhose
Hepatitis C, chronisch ¹⁾		✓	✓	Ikterus	erhöhte Lebertransaminasen	Oberbauchbeschwerden Leberzirrhose
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)	✓	✓	✓	hämolytische Anämie	Nierenfunktionsstörung	Thrombozytopenie
Keratoconjunctivitis epidemica ¹⁾		✓	✓	Rötung der Bindehaut typische Hornhautdefekte	Karunkelschwellung	präaurikuläre Lymphknotenschwellung
Keuchhusten (Pertussis)	✓	✓	✓	Husten (mind. 2 Wochen Dauer) anfallsweise auftretender Husten inspiratorischer Stridor	Erbrechen nach den Hustenanfällen nur bei Kindern < 1 Jahr: Husten und Apnoen	
Masern	✓	✓	✓	Exanthem Husten	Fieber Konjunktivitis	Katarrh (wässriger Schnupfen)
Masernfolgeerkrankung		✓	✓	Erkrankung / Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis		
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	✓	✓	✓	Ekchymosen Herz-/Kreislaufversagen Exanthem meningeale Zeichen	Hirndruckzeichen Lungenentzündung Petechien septisches Krankheitsbild	Fieber Purpura fulminans Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
Meningitis / Enzephalitis, übrige Formen ¹⁾		✓	✓	Erbrechen Kopfschmerzen Nackensteifigkeit Erreger, falls bekannt:	Nachweis einer Pleozytose im Liquor meningeale Zeichen	Petechien septisches Krankheitsbild Übelkeit veränderte Bewusstseinslage
Milzbrand	✓	✓	✓	Darmmilzbrand Hautmilzbrand	Injektionsmilzbrand Lungenmilzbrand	Milzbrandmeningitis Milzbrandsepsis
Mumps	✓	✓	✓	geschwollene Speicheldrüse \geq 2 Tage Fieber	Meningitis o. Enzephalitis Orchitis Hörverlust	Oophoritis Pankreatitis

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Paratyphus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bauchschmerzen Durchfall Fieber Husten Kopfschmerzen Obstipation
Pest	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lungenpest Beulenpest Pestsepsis Pestmeningitis
Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten Fieber keine Sensibilitätsstörung Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt.
Röteln	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Konnatal Postnatal (Ausschlag Arthritis / Arthralgien Lymphknotenschwellung)
Scharlach 1)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Abschuppen der Haut Himbeer- oder Erdbeerzunge Impetigo / Pyodermie feinfleckiges Exanthem fleckiges Exanthem am weichen Gaumen septisches Krankheitsbild Wundinfektion Pharyngitis
Tetanus 1) 2)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	schmerzhafte Dauerkontraktion der Hals- und Kiefermuskulatur schmerzhafte Kontraktion der Rumpfmuskulatur lokalisierte o. generalisierte Muskelspasmen in Zusammenhang mit erhöhtem Muskeltonus
Tollwut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Angstzustände Delirien Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur Hydrophobie (Wasserscheu) Lähmungen Krämpfe Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle
Tollwutexposition	Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers (§ 6 Abs. 2 IfSG)			
Typhus abdominalis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bauchschmerzen Durchfall Fieber Husten Kopfschmerzen Obstipation
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung / Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriellen Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken (nicht Gürtelrose)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen oder Pusteln
Zoonotische Influenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bitte gesonderten Meldebogen vom RKI nutzen
Erkrankungshäufung	ab 5 Erkrankungen innerhalb 48 Stunden, Art der Erkrankung / Erreger:			
nosokomiale Ausbrüche	≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang			
Gefahr für die Allgemeinheit	<ul style="list-style-type: none"> - durch eine bedrohliche andere Krankheit - Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang) - Art der Erkrankung / Erreger: 			
Lebensmittelvergiftung / akute Gastroenteritis	<ul style="list-style-type: none"> - bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang - Erreger, falls bekannt: 			
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	Bitte gesonderten Meldebogen des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen (kann über das Gesundheitsamt bezogen werden) Art der Erkrankung / Erreger:			

1) Meldepflicht nach § 1 Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung (ThüIfKrMVO)

2) nicht namentliche Meldung