

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG und § 1 ThürIfKrMVO

Zentraler Formularpool Thüringen

<p><b>Betroffene Person</b></p> <p><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Geburtsdatum <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Tag Monat Jahr</p> <p>Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.</p>	<p><b>bei impfpräventablen Krankheiten</b></p> <p><input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt</p> <p>Anzahl der Dosen <input type="text"/> Datum der letzten Impfung <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Tag Monat Jahr</p> <p>Impfstoff <input type="text"/></p> <p><b>bei Tuberkulose, Hepatitis B und C</b></p> <p>Geburtsstaat <input type="text"/></p> <p>Staatsangehörigkeit <input type="text"/></p> <p>Jahr der Einreise nach Deutschland <input type="text"/></p> <p><b>Zugehörigkeit zur Bundeswehr</b></p> <p><input type="checkbox"/> Soldat / Bundeswehrangehöriger</p> <p><input type="checkbox"/> Zivilperson (untergebracht / tätig in Bundeswehreinrichtung)</p>
<p><b>Meldende Person</b></p> <p>Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose <input type="checkbox"/> Tod</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19</p> <p>Datum der Verdachts-/Diagnose <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)</p> <p>Erkrankungsbeginn <sup>1)</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)</p> <p>Todesdatum <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Tag/Monat/Jahr)</p> <p>Infektionszeitpunkt/-raum <input type="text"/></p> <p>1) wenn Datum unbekannt, wahrscheinlichen Zeitraum angeben</p>
<p><b>Klinische Informationen</b></p> <p>Krankheit <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Erreger, Typ <input type="text"/></p> <p>Symptome <input type="text"/></p> <p>(siehe auch Blatt 3 und 4)</p>	<p><b>bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)</b></p> <p>Behandlungsergebnis <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Serostatus <input type="text"/></p>

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 <sup>2)</sup>**

Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum der Probenentnahme  /  /   
Tag Monat Jahr

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

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"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Obstipation
Pest	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal ( <input type="checkbox"/> Ausschlag <input type="checkbox"/> Arthritis / Arthralgien <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Scharlach 1)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abschuppen der Haut <input type="checkbox"/> fleckiges Exanthem <input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Himbeer- oder Erdbeerzunge <input type="checkbox"/> fleckiges Exanthem am weichen Gaumen <input type="checkbox"/> Wundinfektion <input type="checkbox"/> Impetigo / Pyodermie <input type="checkbox"/> Pharyngitis
Tetanus 1) 2)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> schmerzhafte Dauerkontraktion der Hals- und Kiefermuskulatur <input type="checkbox"/> schmerzhafte Kontraktion der Rumpfmuskulatur <input type="checkbox"/> lokalisierte o. generalisierte Muskelspasmen in Zusammenhang mit erhöhtem Muskeltonus
Tollwut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Hydrophobie (Wasserscheu) <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur <input type="checkbox"/> Krämpfe
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"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		<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"/>	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> 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"> <li>- durch eine bedrohliche andere Krankheit</li> <li>- Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)</li> <li>- Art der Erkrankung / Erreger: _____</li> </ul>			
Lebensmittelvergiftung / akute Gastroenteritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder</li> <li>- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang</li> <li>- Erreger, falls bekannt: _____</li> </ul>			
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