

| | | | |
|--|--|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> Name, Vorname, Hauptwohnsitz <div style="text-align: right;">geb.am</div> </div> | | <h2 style="margin: 0;">Arzt-Meldeformular</h2> <p style="margin: 0;">Meldepflichtige Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 6, 8, 9 und der sächsischen IfSGMeldeVO §§ 1, 4*</p> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> </div> | | <p>An das Gesundheitsamt (Anschrift, Telefon, Fax)</p> <p>Stadt Leipzig, Amt 53, Abteilung Hygiene, 04092 Leipzig T: 123-6909; Fax: 123-6905</p> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (derzeitiger Aufenthaltsort) </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Meldung im Gesundheitsamt angenommen durch: </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> am Uhrzeit Fax <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Erkrankung <input type="checkbox"/> Verdacht einer Erkrankung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Ausscheider <input type="checkbox"/> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> an/von (Krankheit/Erreger) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> </div> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> erkrankt am: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Geburtsland/ Staatsangehörigkeit </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> gestorben am: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> derzeitige Tätigkeit </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Erste Arzt- konsultation <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Arbeitsstelle/ Gemeinschaftseinrichtung Telefon-Nr. </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Krankenhaus- einweisung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der Einweisung <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Anschrift des Krankenhauses </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> abgesondert zu Hause <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Für die klinische Diagnose relevante Symptome: </div> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Vorliegende labordiagnostische Daten: </div> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> diagnostiziert am <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> durch Labor <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Labornummer </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Impfstatus bei Meldung einer impfpräventablen Erkrankung </div> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> unbekannt <input type="checkbox"/> ungeimpft <input type="checkbox"/> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> unvollständig geimpft <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Anzahl der Impfungen: <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Datum der letzten Impfung <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>Tag</div><div>Monat</div><div>Jahr</div> </div> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Epidemiologische Hinweise </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Name und Anschrift der Einrichtung </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Tätigkeit in medizinischen Bereichen oder Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Tätigkeit im Lebensmittelbereich (§ 42 Abs. 1 IfSG) (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera) </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Betreuung in Gemeinschaftseinrichtung (§ 33 IfSG) </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Blut-/Organ-/Gewebspesende in den letzten 6 Monaten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> </div> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Angehörige der Wohngemeinschaft, die in Lebensmittelbetrieben, medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten oder diese besuchen; Erkrankungen von Kontaktpersonen; Infektionsquelle: Person/Produkt/Auslandsaufenthalt </div> | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Sofortmaßnahmen <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> <div>a b c</div><div>d e</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">(Schlüssel siehe Rückseite)</div> </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Datum, Unterschrift des Meldenden </div> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Stempel (Anschrift, Telefon) </div> | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> </div> | |

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⁾ | + | + | + | ■ Pneumokokkenkrankungen, 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).