

Patient (Name, Vorname, Adresse): \_\_\_\_\_ Geschlecht  weibl.  männl.

geb. am \_\_\_\_\_

Telefon (bitte eintragen) \_\_\_\_\_

# Meldeformular

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Verdacht Erkrankungsdatum \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose Diagnosedatum: \_\_\_\_\_

Tod, Todesdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

**Hepatitis, akute virale; Typ: A<sup>2)</sup>**

- Fieber
- Ikterus
- Oberbauchbewerden
- Lebertransaminasen, erhöhte
- Geimpft, wann \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mal
- Nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt  
(Telefonnummer des Patienten bitte angeben)

**Masern<sup>2)</sup>**

- Fieber
- Exanthem
- Husten
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis
- Kopliksche Flecken
- Geimpft, wann \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mal
- Nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt  
(Telefonnummer des Patienten bitte angeben)

**COVID-19 (SARS-CoV-2)**

- Respiratorische Symptome
- Geruchs- u. Geschmacksverlust

**Pertussis <sup>2)</sup>**

- Erbrechen nach den Hustenanfällen
- Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- Anfallsweise auftretender Husten
- Inspiratorischer Stridor
- NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten UND Apnoen
- Geimpft, wann \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mal
- Nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt  
(Telefonnummer des Patienten bitte angeben)

**Labordiagnostischer Nachweis Pertussis**

- Isolierung B. pertussis oder B. parapertussis (kulturell)
- Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) von Gensequenzen spezifisch für B. Pertussis oder B. parapertussis
- Nachweis IgG- oder IgA-Antikörper gegen das Pertussis-Toxin (z. B. ELISA einmalig deutlich erhöhter Wert)
- Nachweis IgG- oder IgA-Antikörper gegen das Pertussis-Toxin deutliche Änderung zwischen zwei Proben

**Mumps <sup>2)</sup>**

- Enzephalitis
- Orchitis (Hodenentz.)
- Pankreatitis
- Geschw. Speicheldrüse(n)
- Oophoritis (Eierstockentz.)
- Fieber
- Hörverlust
- Meningitis
- Geimpft, wann \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mal
- Nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt  
(Telefonnummer des Patienten bitte angeben)

**Windpocken <sup>2)</sup>**

- Spezifischer Hautausschlag
- Unspezifischer Hautausschlag, Kompatibel mit Windpocken
- Geimpft, wann \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mal
- Nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt  
(Telefonnummer des Patienten bitte angeben)

**Röteln (postnatal) <sup>2)</sup>**

- Ausschlag + Arthritis/Arthralgien
- Ausschlag + Lymphadenopathie
- Geimpft, wann \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mal
- Nicht geimpft
- Impfstatus unbekannt  
(Telefonnummer des Patienten bitte angeben)

**Epidemiologische Situation**

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig  
z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 u. 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche  
z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
- Patient/in ist in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung seit \_\_\_\_\_

- Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
Erreger: \_\_\_\_\_  
Ausbruchsort- und Zeitraum: \_\_\_\_\_  
Exposition: \_\_\_\_\_

Unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

**Landkreis Lüneburg  
Gesundheitsamt  
Am Graalwall 4  
21335 Lüneburg**

Fax-Nr. 04131 26-1703 (Nachfragen):  
Tel: 26-1705, -1491, -1475, -1474

Es wurde ein Labor/eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>3)</sup>  
Name/Ort/Telefonnummer des Labors: \_\_\_\_\_

**Probenahme am:** \_\_\_\_\_

Meldende Person/Einrichtung  
(Ärztin/Arzt, Praxis/Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer)

Name/Ort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1)</sup>wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben <sup>2)</sup>es handelt sich hier nur um einen Auszug aus den meldepflichtigen Erkrankungen

<sup>3)</sup>Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG)