

# Meldeformular

## Meldepflichtige Krankheiten für Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG

wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt

Aktenzeichen:

**Vertraulich**

**Gesundheitsamt Dachau**

Gesundheitsamt

**Dr.-Hiller-Straße 36**

Straße und Hausnummer

**85221**

PLZ

**Dachau**

Ort

Fax.: (08131) 7411-713

hygiene@ira-dah.bayern.de

### Meldende Person / Einrichtung:

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Datum: / / ( )  
Tag Monat Jahr Telefonnummer

Hr./Fr. Unterschrift der/s Meldenden  
Name der/s Meldenden

→ ggf. Platz für Patientenaufkleber →

Name

Vorname

Geburtsdatum: / /  
Tag Monat Jahr

Telefon: ( )

Hauptwohnsitz:  
Straße und Hausnummer

PLZ Ort

**Patient/in:**  Männlich  Weiblich

Telefonnummer:  
der/des Patientin/en freiwillige Angabe (für Rückfragen des Gesundheitsamtes)

Nationalität /  
Staatsangehörigkeit:  
nur bei Tuberkulose angeben

Geburtsort / -Staat:  
nur bei Tuberkulose angeben

derzeitiger Aufenthaltsort \*,  
falls abweichend:  
Straße und Hausnummer

PLZ Ort

### Meldepflichtige Krankheit (Bitte entsprechend Verdacht [V], Erkrankung [E] ankreuzen)

Erkrankung	V	E	Bemerkungen
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Enteritis durch entero-Hämorrhagische E-coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ansteckungsfähiger Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erkrankung	V	E	Bemerkungen
------------	---	---	-------------

Erkrankung	V	E	Bemerkungen
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scharlach oder sonstige Streptococcus Pyogenäs-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Shigellose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!!
Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verlausion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Andere bedrohliche Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	!!! wenn Krankheitserreger als Ursache in Betracht kommen <b>Erregername</b> (falls bekannt)
Erkrankungshäufungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	> 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird <b>Erregername</b> (falls bekannt)

○ : bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend  
!!! : unverzüglich das Gesundheitsamt vorab telefonisch informieren

Der Verdacht auf eine meldepflichtige Krankheit hat sich nicht bestätigt

Name der/s Patientin/Patienten		Vorname der/s Patientin/Patienten		Geb.: / /	
				Tag Monat Jahr	

**Symptome / Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird**

(bitte die wichtigsten Symptome einzeln aufzählen):

Tag der Erkrankung<sup>1</sup>: / / Tag Monat Jahr

Tag der Diagnose<sup>1</sup>: / / Tag Monat Jahr

(ersatzweise erster Arztbesuch)

falls verstorben: Todestag: / / Tag Monat Jahr

unbekannt

**Wahrscheinliche Infektionsquelle:**

- Lebensmittel    Kontaktperson    Tierkontakt    sonstiges:
- Blut- / Organ- / Gewebespende

nähere Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle:

Staat: Bundesland: . Ort:

**Aufenthalt in einem Krankenhaus / anderer Einrichtung der stationären Pflege** (soweit bekannt):

- Nein    Ja    unbekannt   Wenn ja, Art der Einrichtung:    Krankenhaus    Krankenhaus    Pflegeheim

Name der Einrichtung Abteilung Station

Straße und Hausnummer PLZ Ort

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

Nosokomiale Infektion:  Ja    Nein    unbekannt

**Impfstatus** in Bezug auf gemeldete Erkrankung, gegen die Impfstoffe zur Verfügung stehen oder standen:

- nicht geimpft    Impfstatus nicht bekannt    geimpft   Anzahl der erhaltenen Impfdosen:

Letzte Impfung: / / Tag Monat Jahr   Hersteller (bei Impfwischenfällen)   Chargennummer (bei Impfwischenfällen)

**Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich** (Mehrfachnennungen möglich):

- Tätigkeit des / der Erkrankten in medizinischen Bereichen
- Tätigkeit des / der Erkrankten in Gemeinschaftseinrichtungen (§ 36 Abs. 1 oder 2 IfSG)  
(z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte)
- Tätigkeit des / der Erkrankten im Lebensmittelbereich (§ 42 Abs. 1 IfSG)  
(nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera)
- Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (§ 33 IfSG) (z.B. Kinderkrippe, Hort, Schule)

Name der Einrichtung Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefon

Name der Einrichtung Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefon

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

Untersuchungsmaterial:  Stuhl    Urin    Blut    Liquor   Entnahmedatum des / / Tag Monat Jahr

sonstiges: .

Name der Untersuchungsstelle / des Labormediziners   Telefon   Fax

Straße und Hausnummer   PLZ   Ort

○: bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend

<sup>1</sup> : wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Datenschutzrechtliche Hinweise nach DSGVO: <https://www.landratsamt-dachau.de/dsgvo/infektionsschutz>

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt: