

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): _____ Geschlecht: weibl. männl.

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verdacht | Nur bei impfpräventablen Krankheiten ¹⁾ : Gegen diese Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose | <input type="checkbox"/> Geimpft <input type="checkbox"/> Nicht geimpft |
| <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum: | Datum (letzte Impfung): |
| | Anzahl Impfdosen: |
| | Impfstoff: |

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismus | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) | <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis |
| <input type="checkbox"/> Clostridium-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform | <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Konjunktivitis | <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG) |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen) |
| <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation | <input type="checkbox"/> Meningokokken, invasive Erkrankung | <input type="checkbox"/> Zoonotische Influenza (bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen) |
| <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis | <input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung (Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist) |
| <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridium-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung | <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Petechien | <input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Formen) | <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild | <input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen | <input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral | <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen | Erreger, falls bekannt: |
| Erreger, falls bekannt: | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ: | <input type="checkbox"/> Milzbrand | <input type="checkbox"/> Gefahr für die Allgemeinheit |
| <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> durch eine bedrohliche andere Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden | <input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) | <input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang) |
| <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch) | <input type="checkbox"/> Fieber | Art der Erkrankung / Erreger: |
| <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische | <input type="checkbox"/> Hörverlust | |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis | |
| <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie | <input type="checkbox"/> Orchitis (Hodenentzündung) | |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Oophoritis (Eierstockentzündung) | |
| <input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) | <input type="checkbox"/> Pankreatitis | |
| <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten | <input type="checkbox"/> Paratyphus | |
| <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor | <input type="checkbox"/> Pest | |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | |
| <input type="checkbox"/> NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen | Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt | |
| | <input type="checkbox"/> Röteln | |
| | <input type="checkbox"/> Exanthem | |
| | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich | |
| | <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien | |
| | <input type="checkbox"/> Rötelnembryopathie | |
| | <input type="checkbox"/> Tollwut | |
| | <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) | |
| | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis | |

Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 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: Name/Ort der Einrichtung:
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): von: bis:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

u unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

GESUNDHEITSAMT STRAUBING

Telefon: 0 9 4 2 1 / 9 7 3 – 3 6 0

Fax: 0 9 4 2 1 / 9 7 3 – 4 1 1

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person (Arztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.
2) Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).
3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

Informationen zur Datenerhebung im Rahmen dieses Formblattes gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Das Landratsamt Straubing-Bogen ist im Sinne der DSGVO „Verantwortlicher“ für diese Datenerhebung (vgl. Art. 4 Nr. 7 DSGVO i. V. m. Art. 3 Abs. 2 BayDSG).

Hinsichtlich des Zwecks dieser Datenverarbeitung teilen wir Ihnen mit, dass Ihre Daten dafür erhoben werden, um potentiell infektiöse Erkrankungen zu erfassen und deren Weiterverbreitung zu verhindern.

Die Verarbeitung Ihrer Daten gründet sich auf eine hierfür ausreichende Rechtsgrundlage und zwar auf §§ 6 und 8-17 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bzw. auf die Verordnung zur Erweiterung der Meldepflicht auf andere übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger (Meldepflichtverordnung – MeldePflV) vom 14. Februar 2018 in Verbindung mit § 15 Abs. 1 und 3 Satz 1 und 2 IfSG.

Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § 8 Abs. 1 IfSG. Wenn Sie Ihre Daten nicht angeben, kann nach § 73 Abs. 1a Nr. 1 IfSG ein Bußgeld verhängt werden.

Ihre Daten werden nach der Erhebung beim Landratsamt Straubing-Bogen so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen und Dokumentationspflichten für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist und nach Wegfall dieser Verpflichtungen gelöscht.

Weitere ausführliche Angaben, insbesondere zu Betroffenen- und Widerrufsrechten (bei Einwilligungserklärungen), Speicherdauer Ihrer Daten, Grundsätzen der Datenweitergabe/-übermittlung und weitere, zusätzlich zur Verfügung stehende Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten (E-Mail-Adresse: poststelle@landkreis-straubing-bogen.de) haben wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.landkreis-straubing-bogen.de ausführlich aufbereitet; zur Vermeidung von Wiederholungen dürfen wir auf die dortigen Ausführungen verweisen.

Alternativ erhalten Sie diese Informationen auf Wunsch gerne auch in ausgedruckter Form von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.