

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der <i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall <input type="checkbox"/> ≥ 2 Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatitis, akute virale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom))	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber
Masernfolgeerkrankung		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüse ≥ 2 Tage <input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Oophoritis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche				≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Pest	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fieber <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"/> keine Sensibilitätsstörung
Röteln	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal (<input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag, <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Tollwut	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> Krämpfe Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle <input type="checkbox"/> Hydrophobie (Wasserscheu)
Tollwutexposition				Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder - ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Typhus abdominalis/Paratyphus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	<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 o.Pusteln.
Zoonotische Influenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bitte gesonderten Meldebogen nutzen
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	<input checked="" type="checkbox"/>			Bitte gesonderten Meldebogen des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.

2) Die Laborauschlusskennziffer 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.