

Patient*in (Name, Vorname) Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer: Adresse: _____ Telefonnummer: _____	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Erkrankung (nicht alle klinischen Kriterien* müssen erfüllt sein) <input type="checkbox"/> Erkrankung (klinische Kriterien* erfüllt und Laborbestätigung liegt vor) Erkrankungsdatum: _____ Diagnosedatum: _____ <input type="checkbox"/> Tod _____ Todesdatum: _____ <input type="checkbox"/> Ausscheider*in	
<input type="checkbox"/> Amöbenruhr ¹ <input type="checkbox"/> Anthrax/Milzbrand ¹ <input type="checkbox"/> Aviäre Influenza/ Vogelgrippe (A/H5N1-Infektion) ¹ <input type="checkbox"/> Botulismus ¹ <input type="checkbox"/> Brucellose ² <input type="checkbox"/> Campylobacteriose ¹ <input type="checkbox"/> Chikungunya-Fieber ² <input type="checkbox"/> Cholera ¹ <input type="checkbox"/> <i>Clostridioides difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform ² <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber ² <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber, schwere Verlaufsform <input type="checkbox"/> Diphtherie ² <input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie <input type="checkbox"/> Echinokokkose durch Fuchsbandwurm ¹ <input type="checkbox"/> Echinokokkose durch Hundebandwurm ¹ <input type="checkbox"/> Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ² <input type="checkbox"/> Gelbfieber ¹ <input type="checkbox"/> Invasive <i>Haemophilus influenzae</i> -Erkrankung ² <input type="checkbox"/> Epiglottitis <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Meningitis UND Sepsis <input type="checkbox"/> Osteomyelitis/septische Arthritis <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral ¹ ; Erreger: _____ <input type="checkbox"/> Hanta-Virus-Infektion ² <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis B-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis C-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis D-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis E-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingte Intoxikation <input type="checkbox"/> <i>S.aureus</i> <input type="checkbox"/> <i>B. cereus</i> <input type="checkbox"/> <i>C. perfringens</i> ¹ <input type="checkbox"/> Legionärskrankheit ² <input type="checkbox"/> Lepra ¹ <input type="checkbox"/> Leptospirose ¹ <input type="checkbox"/> Listeriose ¹ <input type="checkbox"/> Malaria ² <input type="checkbox"/> Masern ¹ Exanthem-Beginn: _____ <input type="checkbox"/> Invasive Meningokokken-Erkrankung ² <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Meningitis UND Sepsis <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Sepsis OHNE Meningitis <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> MERS-CoV Infektion ¹	<input type="checkbox"/> Norovirus-Infektion, lebensmittelbedingt ¹ <input type="checkbox"/> Paratyphus ¹ <input type="checkbox"/> Pertussis/ Keuchhusten ² <input type="checkbox"/> Pest ¹ <input type="checkbox"/> Pocken ¹ <input type="checkbox"/> Poliomyelitis/ Kinderlähmung ¹ <input type="checkbox"/> Invasive Pneumokokken-Erkrankung ² <input type="checkbox"/> Bakteriämische Pneumonie <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Meningitis UND Sepsis <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Psittakose ¹ <input type="checkbox"/> Puerperalfieber ¹ <input type="checkbox"/> Rickettsiose durch <i>R. prowazekii</i> ¹ <input type="checkbox"/> Röteln ² <input type="checkbox"/> Rötelnembryopathie ² <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion, lebensmittelbedingt ¹ <input type="checkbox"/> Rotz/ Malleus ¹ <input type="checkbox"/> Rückfallfieber ² <input type="checkbox"/> Salmonellose ¹ <input type="checkbox"/> SARS/ schweres akutes respiratorisches Syndrom ¹ <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Antigennachweis <input type="checkbox"/> PCR-RNA <input type="checkbox"/> LAMP-RNA <input type="checkbox"/> Scharlach ² <input type="checkbox"/> Shigellose ¹ <input type="checkbox"/> STEC/VTEC-Infektion (Shigatoxin-bildende <i>E.coli</i>) ¹ <input type="checkbox"/> HUS <input type="checkbox"/> Tollwut/ Wutkrankheit ¹ <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche; durch Bissverletzung ¹ <input type="checkbox"/> Trachom ² <input type="checkbox"/> Transmissible spongiforme Enzephalopathie, human ¹ <input type="checkbox"/> Trichinose/ Trichinellose ² <input type="checkbox"/> Tularämie ¹ <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis ¹ <input type="checkbox"/> Varizellen-Meningoenzephalitis ² <input type="checkbox"/> West-Nil-Fieber ² <input type="checkbox"/> Yersiniose ¹ <input type="checkbox"/> Zika-Virus-Infektion ² <input type="checkbox"/> angeborene Zika-Virus-Infektion ² <input type="checkbox"/> Sonstige bakterielle lebensmittelbedingte Erkrankung ¹ <input type="checkbox"/> Sonstige <i>E. coli</i> -Enteritis (ETEC, EIEC, EPEC, EaggEC), lebensmittelbeding ¹ <input type="checkbox"/> Sonstige invasive bakterielle Erkrankung (Meningitis, Sepsis) ² <input type="checkbox"/> Sonstige virale lebensmittelbedingte Erkrankung ¹ <input type="checkbox"/> Sonstige virusbedingte Meningoenzephalitis ² Angabe des Erregers wenn unter „Sonstige“: _____	
<input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> geimpft, aber Intervall überzogen Anzahl erhaltener Impfdosen: _____ Datum der letzten Impfung: _____ Impfstoff (Produktname): _____ <input type="checkbox"/> nicht geimpft		
<input type="checkbox"/> Patient*in ist in medizinischen Einrichtungen tätig <input type="checkbox"/> Patient*in ist in Lebensmittel verarbeitenden Einrichtungen tätig <input type="checkbox"/> Patient*in ist in einer Gemeinschaftseinrichtung tätig, z.B. Kindergarten, Schule, Pflegeheim, sonstige Massenunterkünfte <input type="checkbox"/> Patient*in wird in einer Gemeinschaftseinrichtung/gesundheitsversorgender Einrichtung betreut <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt Reiseland: _____ Aufenthaltsperiode: von _____ bis _____		
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenanstalt, Adresse, Telefonnummer):	Meldedatum:	An die Bezirksverwaltungsbehörde-Gesundheitsamt:

¹Verdacht, Erkrankung und Tod meldepflichtig; ²Erkrankung und Tod meldepflichtig.³Klinische Kriterien der Surveillance-Falldefinition, u.a. nach Durchführungsbeschluss 2018/945 der EU-Kommission vom 22. Juni 2018; siehe Rückseite. Falls keine klinischen Kriterien angegeben, siehe oben.

