

Wichtiger Hinweis!

April 2025

Ärztlich tätige Personen und weitere Personengruppen sind verpflichtet, meldepflichtige Krankheiten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 1a sowie § 6 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) innerhalb von 24 Stunden über das **Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS)** zu melden: Der Meldepflicht kann auf zwei Wegen nachgekommen werden: 1) mittels Schnittstelle über das individuell genutzte Softwareprodukt (Voraussetzung: die DEMIS-Schnittstelle wurde durch den Software-Hersteller implementiert) oder 2) über das DEMIS-Meldeportal (Meldung über ein Onlineformular).

Ein Informationspaket für das Absetzen einer Meldung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 1a IfSG sowie § 6 Abs. 2 IfSG über das DEMIS-Meldeportal wurde auf der DEMIS-Wissensdatenbank unter dem folgenden Link veröffentlicht: <https://wiki.gematik.de/x/9SWQJQ>

Im Deutschen Ärzteblatt (Nr. 6/2025) wurde ebenfalls über diese neue technische Vorgabe berichtet.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/titel/dae/2025/6/meldepflicht-bei-infektionen-robert-koch-institut-schaltet-portal-fuer-arztpraxen-frei-7463cf3c-053e-4180-832a-57fcdf64b271>

Das nachfolgende Meldeformular kann deshalb nur noch in Ausnahmefällen zur Erfüllung der Meldepflicht gemäß §6 IfSG verwendet werden!

Patient (Name, Vorname): _____
Adresse: _____

Geb. am: _____ Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers

Telefon (Festnetz, mobil): _____

E-Mail: _____

Meldefformular* - Vertraulich -
Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG
☐ Verdacht ☐ Klinische Diagnose ☐ Tod, Todesdatum: _____
Erkrankungsdatum¹⁾: _____ **Infektionszeitpunkt, -zeitraum**¹⁾: _____
Diagnosedatum¹⁾: _____ am/vom _____
Datum der Meldung: _____ bis: _____

* COVID-19: separates Meldefformular verwenden (s.u.)

- ☐ **Botulismus**
- ☐ **Cholera**
- ☐ **Clostridioides (früher Clostridium) difficile Infektion (schwerer Verlauf)**
(☐ Labornachweis liegt vor
☐ Endoskopie: pseudomembranöse Kolitis)
- Kriterien für einen schweren Verlauf einer C. diff.-Infektion:**
 - ☐ Stationäre Aufnahme aufgrund einer ambulant erworbenen Infektion
 - ☐ Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation
 - ☐ Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) wg. Megakolon, Darmperforation od. refraktärer Kolitis
 - ☐ Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der C. diff.-Infektion als direkte Todes-ursache od. als zum Tode beitragende Erkrankung
- ☐ **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**
(außer familiär-hereditären Formen)
- ☐ **Diphtherie**
 - ☐ Respiratorische Diphtherie
 - ☐ Hautdiphtherie
- ☐ **Hämorrhagisches Fieber, viral Erreger**²⁾: _____
- ☐ **Hepatitis, akut viral; Typ**²⁾: _____
 - ☐ Fieber ☐ Ikterus
 - ☐ Oberbauchbeschwerden
 - ☐ Serumtransaminasen, erhöhte
- ☐ **HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
 - ☐ Anämie, hämolytische
 - ☐ Nierenfunktionsstörung
 - ☐ Thrombozytopenie

- ☐ **Masern**
 - ☐ Fieber ☐ Exanthem
 - ☐ Husten ☐ Konjunktivitis
 - ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
 - ☐ SSPE
- ☐ **Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
 - ☐ Septisches Krankheitsbild
 - ☐ Purpura fulminans ☐ W-F-Syndrom
 - ☐ Fieber ☐ Herz-/Kreislaufversagen
 - ☐ Hirndruckzeichen ☐ Meningeale Zeichen
 - ☐ Lungenentzündung ☐ Exanthem
 - ☐ Haut-/Schleimhauteinblutungen
- ☐ **Milzbrand**
- ☐ **Mumps**
 - ☐ Geschw. Speicheldrüse(n)
 - ☐ Fieber ☐ Hörverlust
 - ☐ Orchitis ☐ Oophoritis
 - ☐ Meningitis/Enzephalitis ☐ Pankreatitis
- ☐ **Paratyphus**
- ☐ **Pertussis (Keuchhusten)**
 - ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 - ☐ Anfallsweise auftretender Husten
 - ☐ Inspiratorischer Stridor
 - ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen
 - ☐ NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen
- ☐ **Orthopockenviren**
- ☐ **Pest**
- ☐ **Poliomyelitis**
- ☐ **Röteln**
 - ☐ Postnatal ☐ Konnatal
- ☐ **Tollwut**
- ☐ **Tollwutexposition, mögliche**
(§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)

- ☐ **Typhus abdominalis**
- ☐ **Tuberkulose**
 - ☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
 - ☐ Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
- ☐ **Windpocken (NICHT Gürtelrose)**
 - ☐ Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“)
- ☐ **Zoonotische Influenza**
(RKI-Empfehlungen beachten, gesonderter Meldebogen)
- ☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Melde-bogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.
- ☐ **Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
 - ☐ a) bei Personen mit Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich
 - ☐ b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl./ vermutetem epidemischen Zusammenhang
- Erreger**²⁾: _____
- ☐ **Andere bedrohliche übertragbare Krankheit / Gefahr für die Allgemeinheit**
(§ 6 Abs.1 Nr. 5 IfSG)
Art der Erkrankung / Erreger:²⁾ _____
- ☐ **Gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen** (gemäß § 6 Abs. 3 IfSG, _____ namentlich)

Epidemiologische Situation

- ☐ Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 5 IfSG) ☐ tätig ☐ wird dort betreut
Überweisung am: ____-____-____ Intensivmed. Behandlung
Aufnahme am: ____-____-____ ☐ ja ☐ nein
Entlassung am: ____-____-____ von: ____-____-____ bis: ____-____-____
- ☐ Meldefall ist in Einrichtung/Unternehmen (§ 36 Abs. 1 u. 2, § 35 Abs. 1 IfSG) ☐ tätig ☐ wird dort betreut
 - ☐ Schule ☐ KiTa/Krippe ☐ Obdachlosenunterkunft ☐ Asylbewerberunterkunft
 - ☐ Pflegeheim ☐ Heim ☐ JVA ☐ sonst. Massenunterkünfte
 - ☐ sonstige Einricht./Unternehmen: _____
- ☐ Zugehörigkeit zur Bundeswehr (BW) ☐ Soldat:in / BW-Angehör. ☐ Zivilperson (untergebracht in BW-Einricht.)
- ☐ Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (§ 42 Abs. 1 IfSG)
nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera
- ☐ **Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, Exposition

Name / Ort der Einrichtung / Kontaktdaten: _____

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): _____
Auslandsaufenthalt von: ____-____-____ bis: ____-____-____ Land: _____
☐ Aufenthalt in anderem Kreis von: ____-____-____ bis: ____-____-____ Kreis: _____
☐ Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten _____
Bei **Tuberkulose / Hepatitis B & C:** Geburtsstaat: _____ Staatsangehörigkeit: _____ ggf. Jahr der Einreise nach D.: _____

Angaben zum Impfstatus (bei Meldungen zu impfpräventablen Krankheiten): ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt

☐ Geimpft, Anzahl Impfdosen: _____ Datum der letzten Impfung: ____-____-____ Impfstoff: _____

► **unverzüglich zu melden an:**
Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes: _____

GA nach PLZ oder Ort suchen: <https://tools.rki.de/PLZTool/>

☐ Es wurde ein Labor /eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftrag^{3,4)}
Name/Ort/Telefonnummer des Labors: _____

Probenahme am: ____-____-____

Meldende Person/Einrichtung
(Ärztin/Arzt, Praxis/Krankenhaus: Adresse, Tel.nr.): _____

¹⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. ²⁾ Falls bekannt ³⁾ Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). ⁴⁾ Die Ausnahmekennziffer 32004 umfasst kulturelle bakteriolog. Untersuchungen und die dazugehörige Empfindlichkeitsprüfung sowie die Untersuchung des Procalcitonins (PCT).
* COVID-19 [Meldefformular](#)