

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>

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

Patient (Name, Vorname): _____
Adresse: _____
Geb. am: _____ Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers
Telefon (Festnetz, mobil): _____
E-Mail: _____

Meldeformular* - Vertraulich -
Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG
☐ Verdacht ☐ Klinische Diagnose ☐ Tod, Todesdatum: _____
Erkrankungsdatum¹⁾: _____ Infektionszeitpunkt, -zeitraum¹⁾: _____
Diagnosedatum¹⁾: _____ am/vom _____
Datum der Meldung: _____ bis: _____

* COVID-19: separates Meldeformular 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**
Erreger²⁾: _____
☐ **Hepatitis, akut viral; Typ²⁾:** _____
☐ 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
Erreger²⁾: _____
☐ **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, nichtnamentlich)

Epidemiologische Situation
☐ Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 5 IfSG) ☐ tätig ☐ wird dort betreut
Überweisung am: ____-____-____ Intensivmed. Behandlung ☐ ja ☐ nein
Aufnahme am: ____-____-____ von: ____-____-____ bis: ____-____-____
Entlassung am: ____-____-____
☐ 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 beauftragt ^{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 [Meldeformular](#)