

Wichtiger Hinweis

Das nachstehende Meldeformular darf nur noch in Ausnahmefällen zur Erfüllung der Meldepflicht gemäß § 6 IfSG genutzt werden!

Ärztlich tätige Personen sowie weitere meldepflichtige Personengruppen sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 1a sowie § 6 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verpflichtet, meldepflichtige Krankheiten innerhalb von 24 Stunden über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zu übermitteln.

Die Meldung kann auf zwei Wegen erfolgen:

1. über eine Schnittstelle innerhalb des jeweils genutzten Softwareprodukts, sofern diese durch den Softwarehersteller implementiert und freigeschaltet wurde, oder
2. über das DEMIS-Meldeportal mittels eines Onlineformulars.

Ein Informationspaket zur Abgabe einer Meldung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 1a sowie § 6 Abs. 2 IfSG über das DEMIS-Meldeportal ist in der DEMIS-Wissensdatenbank unter folgendem Link verfügbar:
<https://wiki.gematik.de/x/9SWQJQ>

Auch im Deutschen Ärzteblatt (Ausgabe Nr. 6/2025) wurde über die 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>

Meldeformular

-Vertraulich-

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung:

Betroffene Person: (Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) Geburtsdatum/...../..... Tag Monat Jahr Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums (Ausnahme: COVID-19).	bei impfpräventablen Krankheiten ☐ geimpft ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung:/...../..... Tag Monat Jahr Impfstoff:
	bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat: Staatsangehörigkeit: Jahr der Einreise nach Deutschland:
	Zugehörigkeit zur Bundeswehr ☐ Soldat/Bundeswehrangehöriger ☐ Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))	☐ Verdacht ☐ Klinische Diagnose ☐ Tod ☐ Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 Datum der Verdachts-/Diagnose:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Infektionszeitpunkt/-raum:

Klinische Informationen

Krankheit:

Erreger, Typ:

bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Behandlungsergebnis:

Serostatus:

Symptome (s. auch Rückseite):

Epidemiologische Informationen

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) ☐ tätig ☐ betreut/untergebracht

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: bis:
intensivmedizinische Behandlung von: bis:

in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 35 Abs.1 +36 Abs.1 u. 2 IfSG) ☐ tätig ☐ betreut/untergebracht

☐ Schule ☐ Kita ☐ Heim ☐ Obdachlosenunterkunft

☐ JVA ☐ Pflegeheim ☐ sonst. Massenunterkünfte

im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) ☐ tätig

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

☐ Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: **Ausbruchskennung:**

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen Infektionsquelle /-umfeld (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

(Auslands-)Aufenthalt von: bis: Ort/Bundesland
Staat:

☐ Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate

☐ Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

► unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden

(<https://tools.rki.de/PLZTool/>):

(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	✓	✓	✓	☐ Lebensmittelbedingt ☐ Wundbotulismus ☐ Säuglingsbotulismus
Cholera	✓	✓	✓	☐ Durchfall ☐ Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		✓	✓	☐ Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion ☐ Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation ☐ Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis ☐ 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)	✓	✓*	✓	☐ Akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall ☐ Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) ☐ Kontakt mit einem bestätigten Fall ☐ *Meldepflicht auch bei Hospitalisierung
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	✓	✓	✓	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	✓	✓	✓	☐ Respiratorische Diphtherie ☐ Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	✓	✓	✓	
Hepatitis, akute virale	✓	✓	✓	☐ Fieber ☐ Ikterus ☐ Lebertransaminasen, erhöhte ☐ Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)	✓	✓	✓	☐ Anämie, hämolytische ☐ Thrombozytopenie ☐ Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	✓	✓	✓	☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer) ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen ☐ Anfallsweise auftretender Husten ☐ nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen ☐ Inspiratorischer Stridor
Masern	✓	✓	✓	☐ Exanthem ☐ Konjunktivitis ☐ Husten ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen) ☐ Fieber
Masernfolgeerkrankung		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	✓	✓	✓	☐ Ekchymosen ☐ Petechien ☐ Herz-/Kreislaufversagen ☐ Septisches Krankheitsbild ☐ Exanthem ☐ Fieber ☐ Meningeale Zeichen ☐ Purpura fulminans ☐ Hirndruckzeichen ☐ Waterhouse-Friderichsen-Syndrom ☐ Lungenentzündung
Milzbrand	✓	✓	✓	☐ Darmmilzbrand ☐ Lungenmilzbrand ☐ Hautmilzbrand ☐ Milzbrandmeningitis ☐ Injektionsmilzbrand ☐ Milzbrandsepsis
Mumps	✓	✓	✓	☐ geschwollene Speicheldrüse ≥2Tage ☐ Orchitis ☐ Fieber ☐ Oophoritis ☐ Hörverlust ☐ Pankreatitis ☐ Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche				≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Orthopockenviren	✓	✓	✓	☐ Fieber ☐ Hautausschlag ☐ Hautläsionen ☐ Schleimhautläsionen ☐ Lymphknotenschwellungen
Pest	✓	✓	✓	☐ Lungenpest ☐ Pestsepsis ☐ Beulenpest ☐ Pestmeningitis
Poliomyelitis	✓	✓	✓	☐ Fieber ☐ akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten ☐ verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten ☐ keine Sensibilitätsstörung
Röteln	✓	✓	✓	☐ Konnatal ☐ Postnatal (☐ generalisierter Ausschlag, ☐ Arthritis/Arthralgien, ☐ Lymphknotenschwellung)
Tollwut				☐ Angstzustände ☐ Lähmungen ☐ Delirien ☐ Krämpfe ☐ Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur ☐ Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle ☐ Hydrophobie (Wasserscheu)
Tollwutexposition				Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers

Typhus abdominalis / Paratyphus	✓	✓	✓	☐ Bauchschmerzen ☐ Durchfall ☐ Fieber ☐ Husten ☐ Kopfschmerzen ☐ Obstipation
Tuberkulose		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	✓	✓	✓	☐ Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) ☐ Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o. Pusteln.
Zoonotische Influenza	✓	✓	✓	
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	✓	✓		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	✓	✓	✓	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	✓			Bitte gesonderten Meldebogen des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen