Wichtiger Hinweis!

Oktober 2026

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!

MELDEFORMULAR

-VERTRAULICH -

Meldepflicht gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz und Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten im Land Brandenburg

Hinweis: gemäß § 14 Abs. 8 IfSG muss die Meldung elektronisch via DEMIS erfolgen.
Dieses Meldeformular sollte nur genutzt werden, wenn die elektronische Meldung nicht erfolgen kann.

LAND BRANDENBURG

Betroffene Person ☐ **weibl.** ☐ **männl.** ☐ **divers**
(Name, Vorname, Anschrift:

Telefonnr[1]: geb. am:

☐ Verdacht
☐ Erkrankung
☐ Tod Todesdatum:

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:
Gegen diese Krankheit
☐ **geimpft** ☐ **nicht geimpft** ☐ **unbekannt**
Anzahl Dosen: Datum (letzte Impfung):
Impfstoff (der letzten Impfung):
Serostatus (soweit vorliegend):

Bei Tuberkulose, Hepatitis B und C:
Geburtsstaat: **Staatsangehörigkeit:**
Einreisejahr nach Deutschland:

Zugehörigkeit zur Bundeswehr: ☐ Soldat/-in, Bundeswehrangehörige/-r ☐ Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)

☐ **Botulismus**
☐ **Cholera**
☐ **Clostridioides-difficile-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 Diagnosestellung und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

☐ **Humane spongiforme Enzephalopathie**
CJK + vCJK; außer familiär-hereditäre Formen)
☐ **Diphterie** ☐ Hautdiphterie ☐ respir. Diphterie
(Hinweis: unverzügliche Veranlassung eines kulturellen Erreger- und Toxinnachweises aus dem Isolat)
☐ **Hämorrhagisches Fieber, viral**
Erreger, falls bekannt:
☐ **Virushepatitis, akut, Typ:**
- ☐ Fieber ☐ Serumtransaminasen, erhöht
- ☐ Ikterus ☐ Oberbauchbeschwerden

☐ **HUS** (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
☐ **Keuchhusten** (Petussis)
- ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- ☐ Anfallsweise auftretender Husten
- ☐ Inspiratorischer Stridor
- ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen
- ☐ NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoe

☐ **Masern**
- ☐ Exanthem, Beginn am
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ Fieber ☐ Husten ☐ Konjuktivitis

☐ Folgeerkr.: **subakute sklerosierende Panenzephalitis**
☐ **Meningokokken, invasive Erkrankung**
- ☐ Ekchymosen ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Exanthem ☐ Petechien ☐ Fieber
- ☐ Lungenentzündung ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen ☐ Septisches Krankheitsbild
- ☐ Waterhouse-Friderichsen-Syndrom

☐ **Milzbrand**
☐ **Mumps**
☐ **Durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten**
Erreger, falls bekannt:
☐ **Pest**
☐ **Poliomyelitis** (Hinweis: Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt)
☐ **Röteln**
- ☐ Exanthem ☐ Arthritis/Arthralgien
- ☐ Lymphadenopathie im Kopf-, Hals- oder Nackenbereich
- ☐ Rötelnembryopathie (konnatale Infektion)

☐ **Tollwut**
☐ **Tollwutexposition, mögliche** (§6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)
☐ **Typhus abdominalis/Paratyphus**
☐ **Tuberkulose**
- ☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis
- ☐ Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)

☐ **Windpocken (Varizellen)**
☐ **Zoonotische Influenza** (zus. RKI-Meldebogen)
(Hinweis: unverzügliche Veranlassung eines direkten Erregernachweises (PCR) am NRZ für Influenza)
☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung** (Hinweis: Nutzung des PEI-Meldebogens)
☐ **Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung/akute infektiöse Gastroenteritis**
- ☐ bei Personen, die eine Tätigkeit i.S. v. §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder
- ☐ bei 2 oder mehr Erkrnakungen mit wahrscheinlichem epidemiologischen Zusammenhang

Erreger, falls bekannt:
☐ **Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)**
- ☐ Akute respiratorische Symptome mit oder ohne Kontakt zu bestätigtem Fall

☐ **Gefahr für die Allgemeinheit / Meldung von nosokomialen Häufungen**
- ☐ durch eine bedrohliche Krankheit oder
- ☐ bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemiologischen Zusammenhang

Art der Erkrankung / Erreger, falls bekannt:

Zusätzlich meldepflichtig im Land Brandenburg
☐ **Lyme-Borreliose**
☐ **Herpes Zoster**
- ☐ Bl«schenf¼rmiger Ausschlag
- ☐ Brennen/Jucken
- ☐ Schmerzen (¿Zosterneuralgie¿)
- ☐ Gliederschmerzen ☐ Fieber

Symptome/Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird *(bitte wichtige Symptome einzeln aufzählen, falls nicht angekreuzt)*

Epidemiologische Information

Betroffene Person ist:
☐ im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
☐ ist im medizinischen Bereich (§23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) ☐ **tätig** ☐ **betreut/untergebracht**
Stationäre Behandlung im Krankenhaus/stat. Einrichtung: Aufn.: Entl.: Intensivmed. Behandlung ☐ ja ☐ nein; wenn ja: von bis
Beatmung: ☐ ja ☐ nein; wenn ja, Beatmungstage von bis
☐ in Kindergemeinschaftseinrichtung z.B. Schulen, Kitas, Hort, Heim, Ferienlager (§ 33 IfSG) ☐ **tätig** ☐ **betreut/untergebracht**
☐ in Pflegeeinrichtungen, Unterbringung für Asylsuchende, Obdachlose, JVA (§ 36 IfSG) ☐ **tätig** ☐ **betreut/untergebracht**
☐ Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
☐ Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis/kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): von bis
☐ Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
☐ Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrank., bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchskennung
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
☐ Es wurde ein Labor/eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt2) Name des Labors: Probeentnahme am:
☐ Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten

➡ **unverzüglich zu melden an:**
Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum[3]:
Diagnosedatum[3]:
Datum der Meldung:

Meldende Person/Name:
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

1) Telefonnummer der Patientin/des Patienten bitte eintragen. 2) Die Laborausschlusskennziffer 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.

Stand: 18.08.2025