Stand: 04.05.2026

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

FAX an: 03834 8760-9033

Meldeformular -Vertraulich- Datum der Meldung: .....

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Betroffene Person: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Geburtsdatum ...../...../.....
Tag Monat Jahr

Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums (Ausnahme: COVID-19).

Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))

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)

☐ **Verdacht** ☐ **Klinische Diagnose** ☐ **Tod**
☐ **Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19**
Datum der Verdachts-/Diagnose: 07/05/2026 /.....(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)

Version 04.05.2026

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	✓	✓	✓	☐ Lebensmittelbedingt ☐ Wundbotulismus ☐ Säuglingsbotulismus
Cholera	✓	✓	✓	☐ Durchfall ☐ Erbrechen
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 Diagnose und Wertung der *Clostridioides–difficile*-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 Bisstelle ☐ 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