

**Meldeformular für benachrichtigungspflichtige Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen
gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz**

Empfänger

Meldende Einrichtung/Person

Gesundheitsamt

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

Telefon

Meldender: Name und Telefonnummer

Fax

Datum

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung Verdacht	Erkrankung	Erkrankung Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera		Paratyphus		Vibrio cholerae O 1 und O 139	
Diphtherie		Pest		Corynebacterium spp., Toxin bildend	
Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E. coli</i> (EHEC)		Poliomyelitis		Salmonella Typhi	
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber		Röteln		Salmonella Paratyphi	
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis		Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen		Shigella sp.	
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)		Shigellose (Ruhr)		Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	
Keuchhusten		Skabies (Krätze)			
ansteckungsfähige Lungentuberkulose		Typhus abdominalis (Salmonella typhi)			
Masern		Virushepatitis A oder E			
Meningokokken-Infektion		Windpocken			
Mumps		Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre			
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit					

Meldung aufgrund einer Häufung von Erkrankungen

Erregernamen (falls bekannt): _____

Kopflausbefall

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht
m w d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

 Unterschrift / Stempel
 (Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung: _____

(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<i>Geschlecht</i> m w	d Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		