

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Gesundheitsamt Bad Kreuznach	
<i>Gesundheitsamt</i>	
Ringstraße 4	
<i>Straße</i>	
55543	Bad Kreuznach
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
0671 803 1709	0671 803 1750
<i>Telefon</i>	<i>(Fax)</i>

Meldende Einrichtung / Person:			

<i>Name der Einrichtung</i>			

<i>Straße und Hausnummer</i>			
_____		_____	
<i>PLZ</i>		<i>Ort</i>	
_____		_____	
<i>Meldender</i>		<i>Telefonnummer</i>	
_____		_____	
<i>Datum:</i>		_____	
_____		_____	
<i>Tag</i>		<i>Monat</i>	
_____		<i>Jahr</i>	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungshäufigkeiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Erregernamen (falls bekannt):
Kopflausbefall		<input type="checkbox"/>					

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____			
		<input type="checkbox"/> Weiblich	<i>Tag</i>	<i>Monat</i>	<i>Jahr</i>	
Hauptwohnsitz: _____						
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>		<i>Wohnort</i>		

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

Unterschrift / Stempel
(Gemeinschaftseinrichtung)

Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen) _____

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ <i>Straße und Hausnummer</i>		PLZ _____	Wohnort _____