

**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	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium spp., Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E.coli</i> (EHEC)	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Skabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis (Salmonella typhi)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Meldung aufgrund einer Häufung von Erkrankungen		≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird [z.B. gleiche Diagnose (z.B. Ringelröteln) und/oder Symptom(e) (z.B. Ausschlag)]			
Erregername (falls bekannt): _____					
Kopflausbefall					

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht	m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort

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: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			