Meldeformular für benachrichtigungspflichte Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen
gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Empfänger

Gesundheitsamt
Gesundheitsamt Bad Kreuznach

Straße und Hausnummer
Ringstraße 4

PLZ
55543

Ort
Bad Kreuznach

Telefon
0671 803 1709

Fax
0671 803 1750

Meldende Einrichtung/Person

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Meldender: Name und Telefonnummer

Datum

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht
Cholera	☐	☐
Diphtherie	☐	☐
Enteritis durch enterohämorrhagische *E.coli* (EHEC)	☐	☐
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	☐	☐
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	☐	☐
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	☐	☐
Keuchhusten	☐	☐
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	☐	☐
Masern	☐	☐
Meningokokken-Infektion	☐	☐
Mumps	☐	☐
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	☐	☐

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht
Paratyphus	☐	☐
Pest	☐	☐
Poliomyelitis	☐	☐
Röteln	☐	☐
Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	☐	☐
Shigellose (Ruhr)	☐	☐
Skabies (Krätze)	☐	☐
Typhus abdominalis (Salmonella typhi)	☐	☐
Virushepatitis A oder E	☐	☐
Windpocken	☐	☐
Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	☐	☐

Erreger	Ausscheider
Vibrio cholerae O 1 und O 139	☐
Corynebacterium spp., Toxin bildend	☐
Salmonella Typhi	☐
Salmonella Paratyphi	☐
Shigella sp.	☐
Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	☐

Meldung aufgrund einer Häufung von Erkrankungen ☐☐

Erregername (*falls bekannt*): _____

Kopflausbefall ☐

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

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: _____ *Geschlecht* ☐m ☐w ☐d Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____