Meldeformular für benachrichtigungspflichte Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen
gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Empfänger

Gesundheitsamt

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Fax

Meldende Einrichtung/Person

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Meldender: Name und Telefonnummer

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 *E.coli* (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 Gatroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	☐	☐		
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	☐	☐					

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

Hauptwohnsitz: _____ _____ _____
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort