

## Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

|                    |     |
|--------------------|-----|
| <b>Vertraulich</b> |     |
| Gesundheitsamt     |     |
|                    |     |
| Straße             |     |
|                    |     |
| PLZ                | Ort |
| Telefon            |     |
|                    |     |
| E-Fax :            |     |
|                    |     |
| E-Mail:            |     |
|                    |     |

|  |               |       |
|--|---------------|-------|
| <b>Meldende Einrichtung / Person (Stempel)</b> |               |       |
|  |               |       |
| Name der Einrichtung                           |               |       |
|  |               |       |
| Straße und Hausnummer                          |               |       |
|  |               |       |
| PLZ  | Ort           |       |
|  |               |       |
| Meldender                                      | Telefonnummer |       |
|  |               |       |
| Datum:   |               |       |
|  | Tag           | Monat |
|  |               | Jahr  |

**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 spp., 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"/> | Röteln  | <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"/> | Skabies (Krätze)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
| ansteckungsfähige Lungentuberkulose                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Typhus abdominalis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
| Masern   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Virushepatitis A oder E   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
| Meningokokken-Infektion  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Windpocken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
| Mumps  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
| <b>Erkrankungshäufigkeiten</b><br>(z.B. Magen-Darm-Erkrankungen) |                          | <input type="checkbox"/> | <b>Bitte mit dem Gesundheitsamt telefonisch in Verbindung setzen!</b> |                          |                          |                                     |                          |
| Kopflausbefall   |                          | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                                     |                          |

**Erkrankte/ krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:**

|                             |                        |                       |   |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|---|
| <b>Name:</b>                | <b>Vorname:</b>        | <b>Geb.:</b>          | <b>Männlich</b> <input type="checkbox"/> <b>Weiblich</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Tag der Erkrankung:</b>  | <b>Letzter Besuch:</b> | <b>Gruppe/Klasse:</b> |   |
| <b>Anschrift/Telefonnr:</b> |                        |                       |   |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel  
(Gemeinschaftseinrichtung)

## Seite 2 zum Meldeformular gem. § 34 IfSG

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

\_\_\_\_\_

↑ Stempel

### Weitere Erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

|                      |                 |                |   |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| Name:                | Vorname:        | Geb.:          | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Tag der Erkrankung:  | Letzter Besuch: | Gruppe/Klasse: |   |
| Anschrift/Telefonnr: |                 |                |   |

|                      |                 |                |   |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| Name:                | Vorname:        | Geb.:          | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Tag der Erkrankung:  | Letzter Besuch: | Gruppe/Klasse: |   |
| Anschrift/Telefonnr: |                 |                |   |

|                      |                 |                |   |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| Name:                | Vorname:        | Geb.:          | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Tag der Erkrankung:  | Letzter Besuch: | Gruppe/Klasse: |   |
| Anschrift/Telefonnr: |                 |                |   |

|                      |                 |                |   |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| Name:                | Vorname:        | Geb.:          | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Tag der Erkrankung:  | Letzter Besuch: | Gruppe/Klasse: |   |
| Anschrift/Telefonnr: |                 |                |   |

|                      |                 |                |   |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| Name:                | Vorname:        | Geb.:          | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Tag der Erkrankung:  | Letzter Besuch: | Gruppe/Klasse: |   |
| Anschrift/Telefonnr: |                 |                |   |

|                      |                 |                |   |
|----------------------|-----------------|----------------|---|
| Name:                | Vorname:        | Geb.:          | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Tag der Erkrankung:  | Letzter Besuch: | Gruppe/Klasse: |   |
| Anschrift/Telefonnr: |                 |                |   |