

**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"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis (Salmonella typhi)	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>		
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	<input type="checkbox"/>				

Meldung aufgrund einer Häufung von Erkrankungen

Erregernamen (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Kopflausbefall

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht  
m w d Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		

Name: _____	Vorname: _____	<small>Geschlecht</small> m w	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>
<small>Straße und Hausnummer</small>			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		