

Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 IfSG

Vertraulich

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon

.....
(Fax)

Meldende Einrichtung:

.....
Name der Einrichtung

.....
Straße und Hausnummer

|_|_|_|_|_|_|_|
PLZ

.....
Ort

.....
Meldender

.....
Telefonnummer

Datum: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Männlich

Weiblich

Geburtsdatum: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz:

Straße und Hausnummer

|_|_|_|_|_|_|_|
PLZ

.....
Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,

falls abweichend:

Straße und Hausnummer

|_|_|_|_|_|_|_|
PLZ

.....
Ort

Die Meldepflichten gelten für Personal und Betreute

Meldung nach § 34 Abs.1 IfSG: Erkrankung oder Verdacht auf Erkrankung

| | Erkrankung | Verdacht |
|--|------------|----------|
| Cholera | ☺ | ☺ |
| Diphtherie | ☺ | ☺ |
| Enteritis durch E. coli (EHEC) | ☺ | ☺ |
| virusbedingtes hämorrhag. Fieber | ☺ | ☺ |
| Haemophilus influenzae Tyb b – Meningitis | ☺ | ☺ |
| Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | ☺ | ☺ |
| Keuchhusten | ☺ | ☺ |
| ansteckungsfähige Lungentuberkulose | ☺ | ☺ |
| Masern | ☺ | ☺ |
| Meningokokken-Infektion | ☺ | ☺ |
| Mumps | ☺ | ☺ |
| Paratyphus | ☺ | ☺ |
| Pest | ☺ | ☺ |
| Poliomyelitis | ☺ | ☺ |
| Scabies | ☺ | ☺ |
| Scharlach/Sonstige Streptococcus pyogenes-Infektion | ☺ | ☺ |
| Shigellose | ☺ | ☺ |
| Typhus abdominalis | ☺ | ☺ |
| Virushepatitis A | ☺ | ☺ |
| Virushepatitis E | ☺ | ☺ |
| Windpocken | ☺ | ☺ |

Meldung nach § 34 Abs.1 IfSG:

Vorliegen von Verlausung



Meldung nach § 34 Abs. 2 IfSG: Ausscheider von

Vibrio cholerae O 1 und O 139



Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend



Salmonella Typhi



Salmonella Paratyphi



Shigella sp.



Enteritis durch E. coli (EHEC)



Meldung nach § 34 Abs. 3 IfSG: Erkrankung oder Verdacht auf Erkrankung in der Wohngemeinschaft

| | Erkrankung | Verdacht |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Cholera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| virusbedingtes hämorrhag. Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haemophilus influenzae Tyb b-Meningitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ansteckungsfähige Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meningokokken-Infektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mumps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paratyphus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Shigellose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Typhus abdominalis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Virushepatitis A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Virushepatitis E | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen, deren Ursache Krankheitserreger sind.



(bei 2 oder mehr Erkrankungen) Krankheitserreger _____

Ja

Nein

Befindet sich die/der Erkrankte in einem Krankenhaus?



wenn ja, seit wann.....

Bitte beachten:

Die Benachrichtigungspflicht besteht nicht bei Vorliegen, wenn nachgewiesen ist, dass die Meldung bereits durch einen Meldepflichtigen nach § 8 IfSG erfolgt ist.

Für die fettgedruckten Erkrankungen nach Abs. 1 und 3 bzw. Erreger nach Abs. 2 besteht keine Meldepflicht von Seiten des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin.