

## Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| <b>Vertraulich</b>    |              |
|                       |              |
| <hr/>                 |              |
| <i>Gesundheitsamt</i> |              |
|                       |              |
| <i>Straße</i>         |              |
|                       |              |
| <i>PLZ</i>            | <i>Ort</i>   |
|                       |              |
| <i>Telefon</i>        | <i>(Fax)</i> |

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

### Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

| Erkrankung  | Erkrankung               | Verdacht                 | Erkrankung  | Erkrankung               | Verdacht                 | Erreger                                    | Ausscheider              |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paratyphus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vibrio cholerae O 1 und O 139              | <input type="checkbox"/> |
| Cholera   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pest  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poliomyelitis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salmonella Typhi                           | <input type="checkbox"/> |
| Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E.coli</i> (EHEC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scabies (Krätze)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salmonella Paratyphi                       | <input type="checkbox"/> |
| virusbedingtes hämorrhagisches Fieber                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shigella sp.                               | <input type="checkbox"/> |
| Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shigellose (Ruhr)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)        | <input type="checkbox"/> |
| Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Typhus abdominalis (Salmonella typhi)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Virushepatitis A oder E   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| ansteckungsfähige Lungentuberkulose                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Windpocken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Masern  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Meningokokken-Infektion                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Röteln  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Mumps   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |  |                          |
| Erkrankungshäufigkeiten                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird (z.B. Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund-Krankheit) |                          |                          | <b>Erregernamen (falls bekannt):</b> ..... |                          |
| Kopflausbefall  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |  |                          |

### Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

|                              |                       |                                   |                                     |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Name:</b> _____           | <b>Vorname:</b> _____ | <input type="checkbox"/> Männlich | <b>Geburtsdatum:</b> _____          |
|                              |                       | <input type="checkbox"/> Weiblich | <i>Tag</i> <i>Monat</i> <i>Jahr</i> |
| <hr/>                        |                       |                                   |                                     |
| <b>Hauptwohnsitz:</b> _____  | _____                 | _____                             | _____                               |
| <i>Straße und Hausnummer</i> | <i>PLZ</i>            | <i>Wohnort</i>                    |                                     |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

