

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Fachstelle Infektionsschutz & Hygiene	
Gesundheitsamt	
Europaplatz	
Straße	
61169 Friedberg	
PLZ	Ort
0 60 31/83-23 24	0 60 31/83-91 23 10
Telefon	Fax
gesundheitsamt@wetteraukreis.de	
Email	

Meldende Einrichtung / Person:	
Name der Einrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Meldende Person	Telefonnummer
Datum	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung Verdacht	Erkrankung	Erkrankung Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera		Paratyphus		Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie		Pest		Corynebacterium spp., Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enterohämorrhagische E.coli (EHEC)		Poliomyelitis		Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber		Röteln		Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis		Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen		Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)		Shigellose		Enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten		Skabies (Krätze)			
ansteckungsf. Lungentuberkulose		Typhus abdominalis			
Masern		Virushepatitis A oder E			
Meningokokken-Infektion		Windpocken			
Mumps		Infekt. Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre			
durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten					
Erkrankungshäufigkeiten		≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Erregernamen (falls bekannt):	
Kopflausbefall					

Erkrankte / krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum:
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz:			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

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

Unterschrift / Stempel
(Gemeinschaftseinrichtung)

Seite 2 zum Meldeformular

Weitere erkrankte / krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>