

Vertraulich	
Kreisausschuss des Wetteraukreises Fachstelle Infektionsschutz & Hygiene	
Gesundheitsamt	
Europaplatz	
Straße	
61169 Friedberg (Hessen)	
PLZ	Ort
0 60 31/83-23 24	0 60 31/83-91 85 20
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	In der Wohn-gemeinschaft	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	In der Wohn-gemeinschaft	Erreger	Ausscheider
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium spp. Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsf. Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infekt. Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COVID-19 (positiver Schnelltest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird					Erregernamen (falls bekannt):
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Erkrankte / krankheitsverdächtige Person, Ausscheider: (bitte leserlich ausfüllen)

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.

Name des Ausfüllenden
(Gemeinschaftseinrichtung)

Seite 2 zum Meldeformular

Weitere erkrankte / krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider: *(bitte leserlich ausfüllen)*

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>

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>