

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	Erreger
Erkrankung Verdacht ☐ Cholera ☐ Diphtherie ☐ Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E.coli</i> (EHEC) ☐ virusbedingtes hämorrhagisches Fieber ☐ Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis ☐ Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) ☐ Keuchhusten ☐ ansteckungsfähige Lungentuberkulose ☐ Masern ☐ Meningokokken-Infektion ☐ Mumps ☐ Orthopockenviren-assoziierte Krankheit		

Name der Einrichtung: _____

(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		
Bemerkungen: _____			

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		
Bemerkungen: _____			

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		
Bemerkungen: _____			

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		
Bemerkungen: _____			

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		
Bemerkungen: _____			

Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht m w d	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____		PLZ	Wohnort
Straße und Hausnummer			
E-Mail: _____	Telefonnummer: _____		
Bemerkungen: _____			