

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

Datum: / /

Tag Monat Jahr

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

☐ Männlich Geburtsdatum: / /
☐ Weiblich 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	☐	☐
durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten	☐	☐
Paratyphus	☐	☐
Pest	☐	☐
Poliomyelitis	☐	☐
Röteln	☐	☐
Scabies	☐	☐
Scharlach/Sonstige Streptococcus pyogenes-Infektion	☐	☐
Shigellose	☐	☐
Typhus abdominalis	☐	☐
Virushepatitis A	☐	☐
Virushepatitis E	☐	☐
Windpocken	☐	☐
Infektiöse Darmerkrankung (Meldung bis vollendetes 6. Lebensjahr)	☐	☐
Vorliegen von Verlausion	☐	

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	☐	☐
Diphtherie	☐	☐
virusbedingtes hämorrhag. Fieber	☐	☐
Haemophilus influenzae Tyb b-Meningitis	☐	☐
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	☐	☐
Masern	☐	☐
Meningokokken-Infektion	☐	☐
Mumps	☐	☐
Paratyphus	☐	☐
Pest	☐	☐
Poliomyelitis	☐	☐
Röteln	☐	☐
Shigellose	☐	☐
Typhus abdominalis	☐	☐
Virushepatitis A	☐	☐
Virushepatitis E	☐	☐
Windpocken	☐	☐

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