

Meldepflichtige Krankheiten gem. § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Meldeformular

Meldende Person / Einrichtung

Name der Einrichtung _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Meldende Person _____

Telefonnummer _____

Datum: Tag / Monat / Jahr _____

Erkrankung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Borkenflechte (Impetigo contagiosa) <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> COVID-19 (Corona) <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC (enterohämorrhagische E. coli) <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b- <input type="checkbox"/> Meningitis Hand-Fuß-Mund-Krankheit* <input type="checkbox"/> Hepatitis A oder E <input type="checkbox"/> Influenza* <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Kopfläuse <input type="checkbox"/> Krätze (Skabies) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Paratyphus, Typhus und Shigellose <input type="checkbox"/> Poliomyelitis <input type="checkbox"/> RSV (Respiratorisches Synzitialvirus)* <input type="checkbox"/> Ringelröteln* <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scharlach (oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen) <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Durchfall und / oder Erbrechen* <input type="checkbox"/> Andere Infektionskrankheiten nach § 34 Abs. 6 IfSG: _____ |
|--|--|

*meldepflichtig bei gehäuftem Auftreten (ab 2 Fällen) übertragbarer Erkrankungen gleicher Art

Letzter Besuch / Arbeitstag _____ **Erkrankungsbeginn** _____

| Kind | Personal | Name, Vorname | Geb. Datum | Telefon | Adresse |
|--------------------------|--------------------------|---------------|------------|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |