

Meldeformular Meldepflichtige Krankheiten gemäß § 34 IfSG

Vertraulich

Meldende Person / Einrichtung:

Kreisverwaltung Mettmann
Gesundheitsamt
Düsseldorfer Straße 26

40822 Mettmann

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Meldende Person: _____

Telefonnummer: _____

(02104) 99 22
Telefon

(02104) 99 52 92
FAX

Datum: | ____ / | ____ / | ____ |
Tag Monat Jahr

	Erkrankung Kind/Bewohner <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cholera	
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	
<input type="checkbox"/>	Borkenflechte	
<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	
<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	
<input type="checkbox"/>	Mumps	
<input type="checkbox"/>	Paratyphus/typhus und Shigellose	
<input type="checkbox"/>	Masern	
<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	
<input type="checkbox"/>	Meningokokken- Infektion	
<input type="checkbox"/>	Krätze (Scabies)	
<input type="checkbox"/>	Scharlach	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A oder E	
<input type="checkbox"/>	Windpocken	
<input type="checkbox"/>	Kopfläuse	
<input type="checkbox"/>	Erbrechen	
<input type="checkbox"/>	Durchfall	
<input type="checkbox"/>	Röteln	
<input type="checkbox"/>	Hand-Fuß-Mund-Krankheit	
<input type="checkbox"/>	Andere Infektionskrankheiten*:	

* Infektionskrankheiten gemäß § 34 Abs. 6

Letzter Besuch-/Arbeitstag:

Erkrankungsbeginn:

Name	Vorname	Geb. Datum	Telefon	Adresse	Haus-/Kinderarzt