

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-Meningitis
<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit*
<input type="checkbox"/> Hepatitis A oder E
<input type="checkbox"/> Influenza*
<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Kopfläule
<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"/>				