

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Fachdienst Gesundheit & Gefahrenabwehr -Kommunalyhygiene-	
<i>Gesundheitsamt</i>	
Europaplatz	
<i>Straße</i>	
61169 Friedberg	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
0 60 31-83-23 23	0 60 31-83-23 10
<i>Telefon</i>	<i>(Fax)</i>
carmen.vogt@wetteraukreis.de	
<i>Email:</i>	

Meldende Einrichtung / Person:	

<i>Name der Einrichtung</i>	

<i>Straße und Hausnummer</i>	
_____	_____
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
_____	_____
<i>Meldender</i>	<i>Telefonnummer</i>
<i>Datum:</i>	_____
_____	_____
<i>Tag</i>	<i>Monat</i> <i>Jahr</i>

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird			Erregernamen (falls bekannt):	
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____	<i>Tag</i> <i>Monat</i> <i>Jahr</i>
Hauptwohnsitz: _____					
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>		

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

Hinweis:
 Sie finden unser Meldeformular im Internet unter:
 → www.wetteraukreis.de
 → Service
 → Gesundheit & Veterinärwesen
 → unter: „M“ wie Meldeformular...

 Unterschrift / Stempel
 (Gemeinschaftseinrichtung)

Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer		PLZ _____	Wohnort _____