

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	Meldende Einrichtung / Person:
Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis	
<i>Gesundheitsamt</i>	<i>Meldedatum (Tag/Monat/Jahr)</i>
Kurfürstenanlage 30-34	
<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>Name der Einrichtung</i>
69115 Heidelberg	
<i>PLZ</i> <i>Ort</i>	<i>Straße und Hausnummer</i>
06221 / 522-1817 06221 / 522-1899	
<i>Telefon</i> <i>(Fax)</i>	<i>PLZ</i> <i>Ort</i>
infektionsschutz@rhein-neckar-kreis.de	
<i>E-Mail Adresse</i>	<i>Ansprechpartner</i> <i>Telefonnummer</i>
	<i>E-Mail Adresse</i>

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (Bitte entsprechend ankreuzen):

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

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person:

Name: _____		Vorname: _____		Männlich	Geburtsdatum: _____	
				Weiblich		
Hauptwohnsitz: _____						
		Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort	
Erkrankungsdatum: _____			In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____			
Kinder/Hausarzt: _____			Telefon der Eltern: _____			

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

Seite 2 zum Meldeformular

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

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen:

Name: _____	Vorname: _____	Männlich Weiblich	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer			
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	Männlich Weiblich	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer			
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	Männlich Weiblich	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer			
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	Männlich Weiblich	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer			
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	Männlich Weiblich	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer			
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	Männlich Weiblich	Geburtsdatum: _____
Hauptwohnsitz: _____ Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer			
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	