

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis	
<i>Gesundheitsamt</i>	
Kurfürstenanlage 38 - 40	
<i>Straße</i>	
69115 Heidelberg	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
06221/ 522-1817	06221/ 522-1899
<i>Telefon</i>	<i>(Fax)</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"/>	
virusbedingtes 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"/>						

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">Tag Monat Jahr</div>
Hauptwohnsitz: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Straße und Hausnummer PLZ Wohnort</div>			

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

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: _____ <small>Tag Monat Jahr</small>
Hauptwohnsitz: _____ <small>Straße und Hausnummer PLZ Wohnort</small>			

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

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

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

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

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

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

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