

**Meldeformular**  
**Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz**

|                                       |                        |                                       |              |             |
|---------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------|-------------|
| <b>Vertraulich</b>                    |                        | <b>Meldende Einrichtung / Person:</b> |              |             |
| <b>Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis</b> |                        | <i>Name der Einrichtung</i>           |              |             |
| <i>Gesundheitsamt</i>                 |                        | <i>Straße und Hausnummer</i>          |              |             |
| <b>Kurfürstenanlage 38 - 40</b>       |                        | <i>PLZ</i> <i>Ort</i>                 |              |             |
| <i>Straße</i>                         |                        |                                       |              |             |
| <b>69115 Heidelberg</b>               |                        | <i>Meldender</i> <i>Telefonnummer</i> |              |             |
| <i>PLZ</i>                            | <i>Ort</i>             | <i>Datum:</i>                         |              |             |
| <b>06221/ 522-1817</b>                | <b>06221/ 522-1899</b> | <i>Tag</i>                            | <i>Monat</i> | <i>Jahr</i> |
| <i>Telefon</i>                        |                        | <i>(Fax)</i>                          |              |             |

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit** (bitte entsprechend ankreuzen):

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

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:**

|                              |                |                                       |
|------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Name: _____                  | Vorname: _____ | Geburtsdatum:<br>□ Männlich           |
|                              |                | □ Weiblich                            |
| Hauptwohnsitz: _____         |                | Geburtsdatum:<br>Tag    Monat    Jahr |
| <i>Straße und Hausnummer</i> |                | <i>PLZ</i> <i>Wohnort</i>             |

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