

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
Gesundheitsamt

Kurfürstenanlage 30-34
Straße und Hausnummer

69115 Heidelberg

PLZ *Ort*

06221 / 522-1817 **06221 / 522-1899**
Telefon *(Fax)*

infektionsschutz@rhein-neckar-kreis.de
E-Mail Adresse

Meldende Einrichtung / Person:

Meldedatum (Tag/Monat/Jahr)

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ *Ort*

Ansprechpartner *Telefonnummer*

E-Mail Adresse

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (Bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung Verdacht	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	Salmonella Paratyphi	
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis		Röteln	Shigella sp.	
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)		Scabies (Krätze)	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	
Keuchhusten		Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose		Shigellose		
Masern		Typhus abdominalis		
Meningokokken-Infektion		Virushepatitis A oder E		
Mumps		Windpocken		
		Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre		
Erkrankungshäufigkeiten		≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		
Kopflausbefall		Erregernamen (falls bekannt):		

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): _____	