

Meldeformular §§ 34, 36 IfSG - Vertrauliche Personensache -

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d Geburtsdatum: _____
Geschlecht, Geburtsdatum	
Tel.-Nr.	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Sorgeberechtigte/Betreuer	

Auf Grundlage § 34, 36 des Infektionsschutzgesetzes melde ich hiermit

einen **Verdacht**

eine **Erkrankung** *Wenn bekannt, behandelnde: r Arzt/Ärztin:* _____

Besuch der Einrichtung bis zum: _____/_____/20__

Erste Krankheitszeichen am: _____/_____/20__

unbekannt

Geimpft gegen die gemeldete Krankheit? ja nein

unbekannt

Ein Aushang / eine Mitteilung wurde erledigt:

ja folgt

Reinigungs- /Desinfektionsmaßnahmen sind angepasst:

ja folgt

Rückstellproben von Lebensmitteln sind vorhanden:

ja nein

Häufige Erkrankungen (A-Z)	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung (unklares Erbrechen / Durchfall) - Einzelfallmeldung nur bis zum 6.Lebensjahr, danach nur Meldung ab 2 Personen	
	<input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Windpocken
	<input type="checkbox"/> Kopflausbefall	<input type="checkbox"/> Scharlach
	<input type="checkbox"/> Krätzmilbenbefall / Skabies	<input type="checkbox"/> Ringelröteln
	<input type="checkbox"/> COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)	
	<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit (nur Meldung ab 2 Personen)	
	<input type="checkbox"/> Konjunktivitis (nur Meldung ab 2 Personen ohne Erregernachweis)	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Ausbruch / Häufung mind. 2 Fälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
	<i>Wenn ja, LineList</i> <input type="checkbox"/> ist anbei <input type="checkbox"/> folgt	
Seltene Erkrankungen (A-Z)	<i>betroffene Gruppe/Wohnheit:</i>	
	<input type="checkbox"/> Borkenflechte / Impetigo contagiosa	<input type="checkbox"/> Hepatitis A (Durchfallerkrankung)
	<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Hepatitis E (Durchfallerkrankung)
	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung / Poliomyelitis
	<input type="checkbox"/> EHEC (Durchfallerkrankung)	<input type="checkbox"/> Lungentuberkulose
	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Meningitis
		<input type="checkbox"/> Mumps
		<input type="checkbox"/> Pest
		<input type="checkbox"/> Röteln
		<input type="checkbox"/> Typhus
		<input type="checkbox"/> Shigellose / Ruhr

Meldende Stelle: (Name, Einrichtung, Adresse, Telefonnr.)
--