

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich

Landratsamt Konstanz
 Amt für Gesundheit und Versorgung
 Referat Gesundheitsamt
 Scheffelstr. 15
 78315 Radolfzell

Tel. 07531/800-2694 od. -2601 od. -2685

Fax: 07531/800-2688

E-Mail:
 gesundheitsschutz.ga@lrakn.de

Meldende Einrichtung / Person:	
Name der Einrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Meldende(r):	Tel.
Träger der Einrichtung:	
Datum:	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung Verdacht	Erkrankung	Ausscheider
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scabies (Krätze) <input type="checkbox"/> Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr) <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae O 1 und O 139 <input type="checkbox"/> Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend <input type="checkbox"/> Salmonella Typhi <input type="checkbox"/> Salmonella Paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella sp. <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)
<input type="checkbox"/> Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind		
<input type="checkbox"/> Kopflausbefall		
Erregernamen (falls bekannt): _____		

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider: bitte alle Felder ausfüllen

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn:	Fehlt seit:	Kinder-/Hausarzt:	

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

 Unterschrift / Stempel
 (Gemeinschaftseinrichtung)

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: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	