

**Meldung betrifft:**

Name, Vorname

Geschlecht:  weibl.  männl.

geb.am:

Wohnort, Straße

telef. Erreichbarkeit der/des Erkrankten/Sorgeberechtigten <sup>1</sup>

# Meldeformular

Meldepflicht gemäß § 34 (6) Infektionsschutzgesetz

- Verdacht**
- Einzel Erkrankung**
- Erkrankung in Wohngemeinschaft des Betroffenen** für die mit \* gekennzeichneten Erkrankungen
- Ausscheider** für die mit \*\* gekennzeichneten Erkrankungen

<sup>1</sup> Telefonnummer bitte eintragen, wenn Sorgeberechtigte zugestimmt

- Impetigo contagiosa (Borkenflechte)**
- Keuchhusten**
- Masern \***
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis \***
- Mumps (Ziegenpeter) \***
- Scabies (Krätze)**
- Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen**
- Virushepatitis A oder E \***
- Windpocken**
- Läuse**
- Röteln**
- Infektiöse Gastroenteritis**
  - bei Kindern < 6 Jahren
  - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang

- Häufung anderer Erkrankungen** (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit, z.B. Ringelröteln, hand-Fuß-Mund-Krankheit

**Art der Erkrankung / Erreger <sup>2</sup>:**

.....  
<sup>2</sup> falls bekannt

- Cholera \*/\*\***
- Diphtherie \*/\*\***
- Enteritis durch EHEC \*/\*\***
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt \***
- Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis \***
- Lungentuberkulose, ansteckungsfähig \***
- Typhus \*/\*\* / Paratyphus**
- Pest \***
- Poliomyelitis (Kinderlähmung) \***
- Shigellose (bakterielle Ruhr) \*/\*\***
- Bedrohliche andere Krankheit**

**Name der Gemeinschaftseinrichtung:**

**Name/Funktion des Meldenden:**

**Telefonnummer (für Rückfragen):**

**Datum/Zeitraum der Erkrankung(en):**

**Diagnose durch Arzt/Ärztin (Name):**

**Bei 2 oder mehr gleichartigen Erkrankungen im vermutlichen Zusammenhang weiterhin Angaben zu:**

**Kapazität der Einrichtung**

**Anzahl der Gruppen/Klassen**

**Gruppenstärke/Klassenstärke**

**► unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:  
**Gesundheitsamt**  
**Abt. Hygiene und Umweltmedizin**  
**Logenstraße 6**  
**15230 Frankfurt (Oder)**

**Tel: 552 5311**  
**Fax: 552 88 5311**

**Datum der Meldung:**

.....