

Meldeformular §34, 36 IfSG - Vertrauliche Personensache -

Name, Vorname 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"/> COVID-19, SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Fieber (mind. 38,5°C), unklare Ursache <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"/> Kopflausbefall <input type="checkbox"/> Krätzmilbenbefall / Skabies <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Ringelröteln <input type="checkbox"/> Windpocken		
Ausbruch / Häufung mind. 2 Fälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	Wenn ja, LineList <input type="checkbox"/> ist anbei <input type="checkbox"/> folgt betroffene Gruppe:
Seltene Erkrankungen (A-Z)	<input type="checkbox"/> Angina (Mandelentzündung) <input type="checkbox"/> Borkenflechte / Impetigo contagiosa <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC (Durchfallerkrankung)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A (Durchfallerkrankung) <input type="checkbox"/> Hepatitis E (Durchfallerkrankung) <input type="checkbox"/> Kinderlähmung / Poliomyelitis <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)
