

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"/> Kopflausbefall <input type="checkbox"/> Krätzmilbenbefall / Skabies <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:	<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Ringelröteln
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/Wohnheit:	
Seltene Erkrankungen (A-Z)	<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.)
--