

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheit gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Gesundheitsamt Aurich -Gesundheitsaufsicht- Extumer Weg 29 26603 Aurich Tel. 04941 16 – 5300 Fax 04941 16 – 5349 :	Gesundheitsamt Norden -Gesundheitsaufsicht- Neuer Weg 36-37 26506 Norden Tel. 04941 16 – 5350 Fax 04941 16 – 5399

Meldende Einrichtung / Person:	
Name der Einrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Meldender	Telefonnummer
Datum:	
_____	_____
Tag	Monat
Jahr	

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten: (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae 0 1 und 0 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diptheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (angesteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infektiöse Gastroenteritis Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sonstige schwerwiegende Erkrankungen durch Krankheitserreger bei ≥ 2 Personen			<input type="checkbox"/>			Anzahl der Personen	_____
						Erregername:	_____
Kopflausbefall			<input type="checkbox"/>				

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum		
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz:					
_____		PLZ:		Wohnort:	
Straße und Hausnummer:					

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf dem nächsten Blatt aufgeführt werden.

Unterschrift / Stempel
Gemeinschaftseinrichtung

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Hauptwohnsitz: _____						
Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____						

[E-Mail senden](#)

[Eingaben löschen](#)

[Drucken](#)

Unterschrift / Stempel
Gemeinschaftseinrichtung