

Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Kreisverwaltung Ahrweiler -Gesundheitsamt- Wilhelmstraße 59 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	
02641/975-610 <small>Telefon</small>	02641/975-699 <small>Fax</small>
Anzahl Faxseiten	

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

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (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 O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium spp., 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"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischen E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungshäufigkeiten (§ 34 Abs. 6 S. 2)		<input type="checkbox"/>	≥ 2 <u>schwerwiegende</u> Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Erregername (falls bekannt):		
Kopflausbefall		<input type="checkbox"/>					

Erkrankte/krankheitsverdächtige oder verlauste Person, Ausscheider:

Name:		Vorname:		<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum:	
				<input type="checkbox"/> Weiblich	<small>Tag Monat Jahr</small>	
Hauptwohnsitz:						
	<small>Straße und Hausnummer</small>	<small>PLZ</small>	<small>Wohnort</small>			
Weitere Kontaktdaten:						
	<small>E-Mail</small>	<small>Telefon</small>				
Haus-/Kinderarzt:						

Die Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts nach § 6 IfSG, z. B. durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt, bereits erfolgt ist. Für die fettgedruckten Erkrankungen bzw. Erreger besteht keine Meldepflicht nach § 6 IfSG. Zur Meldung weiterer Personen mit derselben Erkrankung fügen Sie dem Meldeformular bitte nach Bedarf Meldelisten (Blatt 2) hinzu.

 Unterschrift / Stempel
 (Gemeinschaftseinrichtung)

Meldeliste zum Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 IfSG

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen) _____

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige oder verlauste Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten: _____	_____	_____	_____
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten: _____	_____	_____	_____
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten: _____	_____	_____	_____
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten: _____	_____	_____	_____
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten: _____	_____	_____	_____
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			