

Meldeformular - vertraulich -

Meldepflichtige Erkrankungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Angaben zur betroffenen Person (bei mehreren betroffenen Personen, Meldeliste „Häufung/Ausbruch“ verwenden):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich Letzter Tag in der Einrichtung: _____

Hauptwohnsitz: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort / Telefonnummer

Behandelnder Arzt: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Aufenthaltsort / Telefonnummer

Erkrankung von <input type="checkbox"/> Kind / <input type="checkbox"/> Personal	Ausscheidung von Krankheitserregern <input type="checkbox"/> Kind / <input type="checkbox"/> Personal	Erkrankung in der Wohngemeinschaft des <input type="checkbox"/> Kindes / <input type="checkbox"/> des Personals
<input type="checkbox"/> Ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa) <input type="checkbox"/> Ansteckender, von Bakterien oder Viren verursachter Durchfall und / oder Erbrechen bei Kindern bis zum 6. Geburtstag <input type="checkbox"/> Ansteckungsfähige Lungen-Tuberkulose <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Darmentzündung (Enteritis) durch EHEC-Bakterien <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Gelbsucht / Leberentzündung (Hepatitis) durch <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Virus <input type="checkbox"/> Hepatitis E-Virus <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis) durch <input type="checkbox"/> Meningokokken-Bakterien <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae-Bakterien vom Typ B <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) <input type="checkbox"/> Kopflaus-Befall <input type="checkbox"/> Krätze (Scabies) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Ruhr (Shigellose) <input type="checkbox"/> Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium Streptococcus pyogenes <input type="checkbox"/> Typhus / Paratyphus <input type="checkbox"/> Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)	<input type="checkbox"/> Cholera-Bakterien <input type="checkbox"/> Corynebakterien (Toxin bildend) <input type="checkbox"/> EHEC-Bakterien <input type="checkbox"/> Typhus-Bakterien (Salmonella typhi / paratyphi) <input type="checkbox"/> Shigella-Bakterien	<input type="checkbox"/> Ansteckungsfähige Lungen-Tuberkulose <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Darmentzündung (Enteritis) durch EHEC-Bakterien <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Gelbsucht / Leberentzündung (Hepatitis) durch <input type="checkbox"/> Hepatitis-A Virus <input type="checkbox"/> Hepatitis-E Virus <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis) durch: <input type="checkbox"/> Meningokokken-Bakterien <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ B-Bak. <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Ruhr (Shigellose) <input type="checkbox"/> Typhus / Paratyphus <input type="checkbox"/> Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Windpocken
<p>Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben</p> <p>Bemerkungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Unverzögliche Meldung an

Landkreis Marburg-Biedenkopf
 Fachbereich Gesundheitsamt
 Schwanallee 23
 35037 Marburg
 Telefon: 06421/405-40
 Fax: 06421/405-4161

Meldung durch:

Einrichtung / Anschrift / Telefon

Name der meldenden Person