

Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich

infektionsschutz@kreis-ahrweiler.de

**Kreisverwaltung Ahrweiler
-Gesundheitsamt-
Wilhelmstraße 59
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler**

02641/975-600
Telefon

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"/>		
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Erkrankungshäufigkeiten (§ 34 Abs. 6 S. 2)		≥ 2 schwerwiegende Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Erregernamen (falls bekannt):			
Kopflausbefall		<input type="checkbox"/>					

Erkrankte/krankheitsverdächtige oder verlaute Person, Ausscheider:

Name: _____ **Vorname:** _____ m w d **Geburtsdatum:** _____

Tag *Monat* *Jahr*

Hauptwohnsitz: _____

Straße und Hausnummer *PLZ* *Wohnort*

Weitere Kontaktdaten: _____

E-Mail *Telefon*

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

Meldeliste zum Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 IfSG
(Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung: _____

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige oder verlauste Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum: _____
			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"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum: _____
			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"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum: _____
			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"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum: _____
			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"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum: _____
			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: _____			