

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Gesundheitsamt Tirschenreuth	
<i>Gesundheitsamt</i>	
St.-Peter-Str. 33	
<i>Straße</i>	
95643 Tirschenreuth	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
09631/7076-0	09631/7076-20
<i>Telefon</i>	<i>(Fax)</i>
gesundheitsamt@tirschenreuth.de	

Meldende Einrichtung / Person:	

<i>Name der Einrichtung</i>	

<i>Straße und Hausnummer</i>	

<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>

<i>Meldender</i>	<i>Telefonnummer</i>

<i>Datum:</i>	
_____	_____
<i>Tag</i>	<i>Monat</i>
<i>Jahr</i>	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (Bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera			Paratyphus			Vibrio cholerae O 1 und O 139	
Diphtherie			Pest			Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)			Poliomyelitis			Salmonella Typhi	
virusbedintes hämorrhagisches Fieber			Röteln			Salmonella Paratyphi	
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis			Scabies (Krätze)			Shigella sp.	
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)			Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen			Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	
Keuchhusten			Shigellose			Sonstiges	
ansteckungsfähige Lungentuberkulose			Typhus abdominalis				
Masern			Virushepatitis A oder E				
Meningokokken-Infektion			Windpocken				
Mumps			Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre				
Erkrankungshäufigkeiten			≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird			Erregernamen (falls bekannt):	
Kopflausbefall			Corona-Virus-Krankheit				

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person:

Name: _____	Vorname: _____	Männlich	Geburtsdatum: _____
		Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

Unterschrift / Stempel
(Gemeinschaftseinrichtung)

Seite 2 zum Meldeformular

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

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Erkrankungsdatum: _____		In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____	