

# Meldeformular

## Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich

Landratsamt Konstanz  
 Amt für Gesundheit und Versorgung  
 Referat Gesundheitsamt  
 Scheffelstr. 15  
 78315 Radolfzell

Tel. 07531/800-2685 od. -2669 od. -2601

**Fax: 07531/800-2688**

**E-Mail: gesundheitsamt@lrakn.de**

<b>Meldende Einrichtung / Person:</b>	
Name der Einrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Meldende(r):	Tel.
Träger der Einrichtung:	
Datum:	

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit** (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung Verdacht	Erkrankung	Ausscheider
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pest  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poliomyelitis  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scabies (Krätze)  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae O 1 und O 139 <input type="checkbox"/> Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend <input type="checkbox"/> Salmonella Typhi  <input type="checkbox"/> Salmonella Paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella sp.  <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind		
		Erregername (falls bekannt):
<input type="checkbox"/> Kopflausbefall		

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider: bitte alle Felder ausfüllen**

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort    Telefon
Erkrankungsbeginn:	Fehlt seit:	Kinder-/Hausarzt:	

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift / Stempel  
 (Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung:

(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

\_\_\_\_\_

**Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:**

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort                      Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort                      Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort                      Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort                      Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort                      Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag    Monat    Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort                      Telefon
Erkrankungsbeginn: _____	Fehlt seit: _____	Kinder-/Hausarzt: _____	