

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich		Meldende Einrichtung / Person:	
Gesundheitsamt Rhein-Sieg-Kreis		Datum	
Hygiene- und Infektionsschutz		Name der Einrichtung	
Kaiser-Wilhelm-Platz 1		Straße	
53721 Siegburg		PLZ	Ort
Tel.: 02241-132727 Fax: 02241-133181		Meldender	
		Telefonnummer	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen/ ausfüllen):

Erkrankung an	
Ansteckender Durchfall	<input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>
enterohäm. E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis (HiB)	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>
Krätze	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>

Erkrankung an	
Meningokokken-Infektion (Hirnhautentzündung)	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>
Paratyphus	<input type="checkbox"/>
Pest	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>
Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>

Ausscheider von	
Vibrio cholerae O 1 und O 139 (Erreger der Cholera)	<input type="checkbox"/>
Corynebacterium diphtheriae (Erreger der Diphtherie)	<input type="checkbox"/>
Salmonella Typhi (Erreger des Typhus)	<input type="checkbox"/>
Salmonella Paratyphi (Erreger des Paratyphus)	<input type="checkbox"/>
Shigella sp. (Erreger der Shigellose/ Ruhr)	<input type="checkbox"/>
Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>

Erkrankungshäufigkeiten
(≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein Zusammenhang vermutet wird)

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/ Ort:	Telefon:
Kinder-/ Hausarzt:		

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der zweiten Seite aufgeführt werden.

