

Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG

Meldende Einrichtung

Einrichtungsname	
Adresse	
PLZ	Ort

Meldende Person

Vorname	Nachname
Telefon	
E-Mail	

Meldung

<input type="checkbox"/> Diese Meldung erfolgt ausschließlich pflichtgemäß zur Kenntnisnahme. <input type="checkbox"/> Es wird um Rückruf des Gesundheitsamtes unter der o.g. Rufnummer gebeten.	
Durch diese Person:	
wurde folgende Krankheit <input type="checkbox"/> festgestellt <input type="checkbox"/> als Verdacht geäußert	
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Enteritis enterohämorrhagische E. coli EHEC <input type="checkbox"/> Gastroenteritis (z.B. Salmonellen, Noro-, Rotaviren) <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis <input type="checkbox"/> hämorrhagisches Fieber, virusbedingt <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Kopflausbefall <input type="checkbox"/> Lungentuberkulose, ansteckungsfähige <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken	<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scharlach, sonst. Streptokokkus pyogenes-Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Skabies (Krätzmilbenbefall) <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Sonstige:

Betroffen sind folgende Personen

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Telefon	krank seit
Adresse	PLZ	Wohnort	<input type="checkbox"/> Labornachweis / ärztliches Attest	gesund seit
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	
			<input type="checkbox"/> Labornachweis / Attest	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Landratsamt Dillingen Große Alle 24
 Fachbereich Gesundheit 89407 Dillingen a.d.Donau