

Meldeformular

für **meldepflichtige Infektionskrankheiten** gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Angaben über die **meldende Einrichtung / meldende Person**

Art der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Kita / Krippe	<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit
Name der Einrichtung						
Anschrift						
Telefon / E-Mail / Fax						
Meldende Person (Name, Vorname)						

Angaben zur **erkrankten / krankheitsverdächtigen Person / Ausscheider**

zur Person	<input type="checkbox"/> betreutes Kind	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in	<input type="checkbox"/> Person in Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Anschrift				
Telefon (der Sorgeberechtigten bei Kindern)				
Geburtsdatum		Erkrankungsbeginn		letzter Tag in der Einrichtung
Symptome				
derzeitiger Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus)			behandelnder Arzt	

meldepflichtige Erkrankung / Verdacht von Personen in **Gemeinschaftseinrichtungen**

gemäß § 8 (1) Ziffer 7 IfSG und § 34 Absatz 1 und Absatz 6 IfSG

Erkrankung **Verdacht** **Krankheitshäufung**

<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Coronavirus Erkrankung (Covid-19)	<input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> Scharlach oder sonstige Streptococcus Pyogenes-Infektionen
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr)
<input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)	<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	<input type="checkbox"/> Skabies (Krätze)
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren)	<input type="checkbox"/> Milzbrand	<input type="checkbox"/> Tollwut
<input type="checkbox"/> enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis
<input type="checkbox"/> Enzephalopathie (human spongiform, nicht familiär)	<input type="checkbox"/> Orthopocken verursachte Krankheiten	<input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)
<input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> Verlausung
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/> Pest	<input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E (akut)
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (Borkenflechte)	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> zoonotische Influenza

(bitte entsprechendes ankreuzen)

2 oder mehr gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen gemäß § 34 Absatz 6 IfSG

<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit	<input type="checkbox"/> Ringelröteln	<input type="checkbox"/> RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus)
--	---------------------------------------	---

(bitte entsprechendes ankreuzen)

Ausscheider **meldepflichtiger Erreger** von Personen in **Gemeinschaftseinrichtungen**

gemäß § 34 Absatz 2 IfSG

<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/> Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/> Shigella sp.
<input type="checkbox"/> Corynebacterium spp., Toxin bildend	<input type="checkbox"/> Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagischen E. coli (EHEC)

(bitte entsprechendes ankreuzen)

meldepflichtiger **Verdacht / Erkrankung** von Personen in einer **Wohngemeinschaft / Häuslichkeit**

(nach ärztlichem Urteil)

gemäß § 34 Absatz 3 und Absatz 6 IfSG

Erkrankung **Verdacht** **Krankheitshäufung**

<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung)
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr)-Sepsis
<input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)	<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis oder Paratyphus
<input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E (akut)
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/> Pest	

(bitte entsprechendes ankreuzen)

GESUNDHEITSAMT

Schwanebecker Straße 14, 38820 Halberstadt

Tel: 03941 5970-2320 /-2386 /-4202 E-Mail: infektionsschutz@kreis-hz.de Fax: 03941 5970-131808

LANDKREIS HARZ

Meldung weiterer Personen

für **meldepflichtige Infektionskrankheiten** gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

betreutes Kind Mitarbeiter/-in männlich weiblich WG / Häuslichkeit	Name, Vorname	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Geburtsdatum	Telefon (der Sorgeberechtigten bei Kindern)	Erkrankungsbeginn	letzter Tag in der Einrichtung	behandelnder Arzt (Name, Ort)	derzeitiger Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus)	Symptome
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									

 Signatur der Gemeinschaftseinrichtung (Unterschrift / Stempel oder elektronisch)

GESUNDHEITSAMT

Schwanebecker Straße 14, 38820 Halberstadt

Tel: 03941 5970-2320 /-2386 /-4202 E-Mail: infektionsschutz@kreis-hz.de Fax: 03941 5970-131808