

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

- Vertraulich -
Landkreis Cuxhaven
Gesundheitsamt
Abteilung Infektionsschutz
27470 Cuxhaven
Fax: 04721 / 66 270 563
Tel.: 04721 / 66 2600
E-Mail: gesundheitsamt@landkreis-cuxhaven.de

Meldende Einrichtung / Person:		
Name der Einrichtung		
Straße und Hausnummer		
PLZ	Ort	
Meldender	Telefonnummer	Fax
E-Mail:		
Datum:	Tag	Monat Jahr

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

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

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum:
Tel.:		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:		PLZ	Wohnort
<i>Straße und Hausnummer</i>			

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: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
Tel.: _____		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
_____		PLZ _____	Wohnort _____
Straße und Hausnummer			