

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

-vertraulich-

Landratsamt Bad Tölz - Wolfratshausen
Abt. Humanmedizin
Prof.-Max-Lange-Platz 1
83646 Bad Tölz

Tel.: 08041/505-483

Fax: 08041/505-132

E-Mail: g-amt@lra-toelz.de

Meldende Einrichtung / Person	
Name der Einrichtung	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Meldender	
Datum	Telefonnummer

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"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infektiöse Gastroenteritis Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige schwerwiegende Erkrankungen durch Krankheitserreger bei ≥ 2 Personen				<input type="checkbox"/>		Anzahl der Personen:	
						Erregername:	
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>						

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaf in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Weitere Personen mit **derselben Erkrankung** können auf dem nächsten Blatt aufgeführt werden.

Unterschrift / Stempel
Gemeinschaftseinrichtung

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Weitere Personen mit derselben Erkrankung:

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	geboren am
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		Telefonnummer

Unterschrift / Stempel
Gemeinschaftseinrichtung