

Meldeformular

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich

Gesundheitsamt Tirschenreuth

Gesundheitsamt

St.-Peter-Str. 33

Straße

95643 Tirschenreuth

PLZ Ort

09631/7076-0 **09631/7076-20**

Telefon (Fax)

Meldende Einrichtung / Person:

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Meldender Telefonnummer

Datum:

Tag Monat Jahr

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (Bitte entsprechend ankreuzen):

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

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person:

Name: _____ Vorname: _____ ☐ Männlich ☐ Weiblich Geburtsdatum: _____

Hauptwohnsitz: _____

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Erkrankungsdatum: _____ In der Einrichtung anwesend bis (Datum): _____

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

Unterschrift / Stempel
(Gemeinschaftseinrichtung)

Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung:

(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen:

Name: _____	Vorname: _____	☐ Männlich	Geburtsdatum: _____
		☐ Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Erkrankungsdatum:		In der Einrichtung anwesend bis (Datum):	

Name: _____	Vorname: _____	☐ Männlich	Geburtsdatum: _____
		☐ Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Erkrankungsdatum:		In der Einrichtung anwesend bis (Datum):	

Name: _____	Vorname: _____	☐ Männlich	Geburtsdatum: _____
		☐ Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Erkrankungsdatum:		In der Einrichtung anwesend bis (Datum):	

Name: _____	Vorname: _____	☐ Männlich	Geburtsdatum: _____
		☐ Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Erkrankungsdatum:		In der Einrichtung anwesend bis (Datum):	

Name: _____	Vorname: _____	☐ Männlich	Geburtsdatum: _____
		☐ Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Erkrankungsdatum:		In der Einrichtung anwesend bis (Datum):	

Name: _____	Vorname: _____	☐ Männlich	Geburtsdatum: _____
		☐ Weiblich	
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Erkrankungsdatum:		In der Einrichtung anwesend bis (Datum):	