

# Meldeformular nach § 34 IfSG

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau  
 Gesundheitsamt  
 Postfach 1464  
 64504 Groß-Gerau

**Fax: 06152/989349**

**Telefon: 06152/989733, -690 oder -186**



<b>Meldende Einrichtung/Person</b>	
Name der meldenden Person	
Datum/Uhrzeit	Stempel/Name der Einrichtung/Adresse
Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste ausfüllen)	
	Geburtsdatum
Adresse	
Telefon	
<input type="checkbox"/> <b>Kind</b> <input type="checkbox"/> <b>Personal</b> <input type="checkbox"/> <b>Geschwisterkind/Familienangehörige/im gleichen Haushalt lebende Personen</b>	

Erkrankung oder Verdacht	Dauerausscheider oder Erreger
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b Meningitis <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (Borkenflechte) <input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="checkbox"/> ansteckende Lungentuberkulose <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken - Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr) <input type="checkbox"/> Skabies (Krätze) <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E <input type="checkbox"/> Verlausung - Kopflausbefall <input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae O1 und O139 <input type="checkbox"/> Corynebacterium spp., Toxin bildend <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E.coli, EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella Typhi <input type="checkbox"/> Salmonella Paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella sp.
	<input type="checkbox"/> <b>≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird</b>
	Zum Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit  Anzahl: _____  Erkrankung: _____
	<input type="checkbox"/> <b>SARS-CoV-2 (positiver Selbsttest)</b>

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	Erkrankungsbeginn
Besonderheiten	

**Meldebogen § 34 IfSG; bitte den Namen der Einrichtung eintragen:**

Name, Vorname	Geburtsdatum	w/m	Erkrankungsbeginn	Telefon	Adresse	Haus-/ Kinderarzt