



Meldeformular für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Vertraulich -
Gesundheitsamt Rosenheim
Prinzregentenstraße 19
83022 Rosenheim
Tel.: 08031-3926002, FAX: -3929060
E-Mail: gesundheitsamt@lra-rosenheim.de

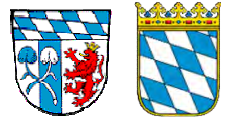
Meldende Einrichtung/Person	
Name der Einrichtung	
Meldende Person	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	
Datum	

	Erkrankung	Verdachtsfall	Kontakt *		Erkrankung	Verdachtsfall	Kontakt *
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impetigo contagiosa (Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Shigellose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Skabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansteckende Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopocken-Viren (z. B. Affenpocken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sonstige schwerwiegende Erkrankungen durch Krankheitserreger bei ≥ 2 Personen				<input type="checkbox"/>	Erreger/Anzahl der Personen:		
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>						
Ausscheider von:	Vibrio cholerae O1 oder O139	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium spp. Toxin-bildend	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>	
	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagische E. coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>	
* Kontakt zu Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen in der Wohngemeinschaft							

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Kontaktperson, Ausscheider:

Name, Vorname	geboren am:
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefonnummer:

Unterschrift/Stempel der Gemeinschaftseinrichtung



Weitere Erkrankte oder Krankheitsverdächtige zu o. g. Fall:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Telefonnummer

Unterschrift/Stempel der Gemeinschaftseinrichtung