

**Meldeformular für Gemeinschaftseinrichtungen
Meldepflichtige Krankheiten gem. § 34 IfSG**

StädteRegion Aachen
- Gesundheitsamt -
Trierer Straße 1

52078 Aachen

FAX: 0241 - 5198 8 0053

Meldende Einrichtung	
Straße	Hnr.
PLZ	Ort
Telefon:	
Telefax:	
Email:	

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Meldung der Person:

Name		Vorname											
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort										
Telefon	Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												

Die Person...

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen, Mehrfachkreuze sind möglich)

...leidet an einer der folgenden Erkrankungen oder ist dessen verdächtig

Windpocken

...scheidet einen der folgenden Krankheitserreger aus

Shigellose	<input type="checkbox"/>
Virushämorrhag. Fieber	<input type="checkbox"/>
Virushepatitis A	<input type="checkbox"/>

Borkenflechte	<input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>
EHEC-Infektionen	<input type="checkbox"/>
HIB-Meningitis	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>
Lausbefall	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>
Meningokokken-Meningitis	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>
Paratyphus	<input type="checkbox"/>
Pest	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>
Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>
Scharlach o. sonstige Streptokokken-Infektionen	<input type="checkbox"/>
Shigellose	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Lunge)	<input type="checkbox"/>
Typhus	<input type="checkbox"/>
Virushämorrhag. Fieber	<input type="checkbox"/>
Virushepatitis A	<input type="checkbox"/>
Virushepatitis E	<input type="checkbox"/>

Cholera-Erreger	<input type="checkbox"/>
Diphtherie-Erreger	<input type="checkbox"/>
EHEC	<input type="checkbox"/>
Salmonella typhi	<input type="checkbox"/>
Salmonella paratyphi	<input type="checkbox"/>
Shigellen	<input type="checkbox"/>

...gehört zur Wohngemeinschaft einer Person, die an einer der folgenden Erkrankungen leidet oder dessen verdächtig ist

Cholera	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>
EHEC-Infektion	<input type="checkbox"/>
HIB-Meningitis	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>
Meningokokken-Meningitis	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>
Paratyphus	<input type="checkbox"/>
Pest	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Lunge)	<input type="checkbox"/>
Typhus	<input type="checkbox"/>

...leidet an einer übertragbaren Erkrankung, die gehäuft (mehr als zweifach) in der Einrichtung aufgetreten ist

...besucht derzeit nicht die Einrichtung

...besucht mit Zustimmung des Gesundheitsamtes die Einrichtung

...besucht die Einrichtung, da nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht zu befürchten ist

Anmerkungen: