

Vertraulich	
Fachdienst Gesundheitsamt	
Gesundheitsamt	
Riversplatz 1 – 9 Haus D	
Straße	
35394 Gießen	
PLZ	Ort
	0641-9390-1605
	(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	<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"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird			Erregernamen (falls bekannt):	
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>						

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum:
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort
Telefonnummer:			

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf Seite 2 aufgeführt werden.

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:			
_____		_____	_____
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Telefonnummer:			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:			
_____		_____	_____
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Telefonnummer:			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:			
_____		_____	_____
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Telefonnummer:			

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:			
_____		_____	_____
<i>Straße und Hausnummer</i>		<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Telefonnummer:			