

Vertraulich

Fachdienst Gesundheitsamt

Gesundheitsamt

Riversplatz 1 – 9 Haus D

Straße

35394 Gießen

PLZ *Ort*

--	--	--

Meldende Einrichtung / Person:

Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
------------	------------

<i>Meldender</i>	<i>Telefonnummer</i>
------------------	----------------------

Datum:

<i>Tag</i>	<i>Monat</i>	<i>Jahr</i>
------------	--------------	-------------

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 ≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird *Erregernamen (falls bekannt):*

Kopflausbefall

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name: _____ **Vorname:** _____ Männlich **Geburtsdatum:** _____

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	_____ <i>Tag Monat Jahr</i>
Hauptwohnsitz:			
_____ <i>Straße und Hausnummer</i>		_____ <i>PLZ</i>	_____ <i>Wohnort</i>
Telefonnummer:			

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

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

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