

**Vertraulich**

---

**Fachdienst Gesundheitsamt**

Gesundheitsamt

**Riversplatz 1 – 9 Haus D**

Straße

**35394 Gießen**

PLZ Ort

**0641-9390-1409** **0641-9390-1605**

Telefon (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"/>					
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: \_\_\_\_\_  Männlich  Weiblich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

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

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

\_\_\_\_\_

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

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

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

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

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

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

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

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

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