| Vertraulich | |
|---|---|
| **Fachdienst Gesundheitsamt** | |
| *Gesundheitsamt* | |
| **Riversplatz 1 – 9 Haus D** | |
| *Straße* | |
| **35394 Gießen** | |
| *PLZ* | *Ort* |
| **Bitte mit dem zur Verfügung gestellten Upload Link hochladen!** | |

| Meldende Einrichtung / Person: | |
|---|---|
| | |
| *Name der Einrichtung* | |
| | |
| *Straße und Hausnummer* | |
| | |
| *PLZ* | *Ort* |
| | |
| *Meldender* | *Telefonnummer* |
| *Datum:* | |
| *Tag Monat Jahr* | |

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit nach § 34 IfSG** (bitte entsprechend ankreuzen):

| V | E | V - Verdacht E - Erkrankung |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | Cholera |
| ☐ | ☐ | Diphtherie |
| ☐ | ☐ | Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) |
| ☐ | ☐ | Virales hämorrhagisches Fieber |
| ☐ | ☐ | Haem. influenzae Typ b-Meningitis |
| ☐ | ☐ | Impetigo contagiosa – **ansteckende Borkenflechte** |
| ☐ | ☐ | Infektiöse Gastroenteritis **(Durchfall /Erbrechen, Kind unter 6 Jahren**) > Häufungen (≥ 2 Erkrankte) ☐ ggf. Erregername: |
| ☐ | ☐ | Keuchhusten – Pertussis |
| ☐ | ☐ | **Kopflausbefall** |
| ☐ | ☐ | Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig) |
| ☐ | ☐ | Masern |
| ☐ | ☐ | Meningokokken-Infektion |
| ☐ | ☐ | Mumps |
| ☐ | ☐ | Paratyphus |
| ☐ | ☐ | Pest |
| ☐ | ☐ | Poliomyelitis - Kinderlähmung |
| ☐ | ☐ | Röteln |
| ☐ | ☐ | **Scabies (Krätze)** |
| ☐ | ☐ | **Scharlach** oder Streptococcus pyogenes-Infektionen > Häufung (≥ 2 Erkrankte) ☐ |
| ☐ | ☐ | Shigellose (Ruhr) |
| ☐ | ☐ | Typhus abdoninalis |
| ☐ | ☐ | Virushepatitis A und E |
| ☐ | ☐ | Varizellen – Windpocken |
| **Nur meldepflichtig bei Häufung (Erkrankungen ≥2):** Hand-Fuß-Mund-Krankheit V ☐ E ☐<br>Ringelröteln V ☐ E ☐ Bindehautentzündung V ☐ E ☐ | | |

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit nach § 6 IfSG** (bitte entsprechend ankreuzen):

| V | E | V - Verdacht E - Erkrankung |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | Covid |

***<u>Auflistung der betroffenen Personen auf Seite 2!</u>***

## Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

**Name:** _____ **Vorname:** _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers **Geburtsdatum** _____
*Tag Monat Jahr*

**Hauptwohnsitz:** _____ _____ _____
*Straße und Hausnummer* *PLZ* *Wohnort*

**Telefonnummer:**

**Name:** _____ **Vorname:** _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers **Geburtsdatum** _____
*Tag Monat Jahr*

**Hauptwohnsitz:** _____ _____ _____
*Straße und Hausnummer* *PLZ* *Wohnort*

**Telefonnummer:**

**Name:** _____ **Vorname:** _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers **Geburtsdatum** _____
*Tag Monat Jahr*

**Hauptwohnsitz:** _____ _____ _____
*Straße und Hausnummer* *PLZ* *Wohnort*

**Telefonnummer:**

**Name:** _____ **Vorname:** _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers **Geburtsdatum** _____
*Tag Monat Jahr*

**Hauptwohnsitz:** _____ _____ _____
*Straße und Hausnummer* *PLZ* *Wohnort*

**Telefonnummer:**

**Name:** _____ **Vorname:** _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers **Geburtsdatum** _____
*Tag Monat Jahr*

**Hauptwohnsitz:** _____ _____ _____
*Straße und Hausnummer* *PLZ* *Wohnort*

**Telefonnummer:**