

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Landkreis Ludwigslust-Parchim Fachdienst Gesundheit	
<i>Gesundheitsamt</i>	
Postfach 1263	
<i>Straße</i>	
19362 Parchim	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
03871 722 - 5335	03871722-775535
<i>Telefon</i> - 5339	<i>(Fax)</i> -775539

Meldende Einrichtung / Person:		

<i>Name der Einrichtung</i>		

<i>Straße und Hausnummer</i>		
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>	

<i>Meldende/r</i>	<i>Telefonnummer</i>	

<i>Datum:</i>		
_____	_____	_____
<i>Tag</i>	<i>Monat</i>	<i>Jahr</i>

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger (Ausscheider)	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 spp., 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"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skabies (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	<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 (Magen-Darm-Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>			
Erkrankungshäufung		<input type="checkbox"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		<input type="checkbox"/>	Erregername:	

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider (auszufüllen bei einer gemeldeten Erkrankung):

Vorname:	Name:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Anschrift/Telefon:			

Letzter Besuch:	Tag der Erkrankung:	Gruppe/Klasse	
_____	_____	_____	

Im Falle einer Erkrankungshäufung ist die Rückseite auszufüllen.

Unterschrift / Stempel

