

**Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit
in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz**

Vertraulich!

**Gesundheitsamt Günzburg
An der Kapuzinermauer 1
89312 Günzburg**

08221/ 95-748

08221/ 95-749

Telefon

08221/ 95-770

Fax

Meldende Einrichtung:

Name der Einrichtung

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Kontaktperson

Telefonnummer

Datum

männlich weiblich divers

Bei _____

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

soweit abweichend: Name, Anschrift u. Telefon der/des Erziehungsberechtigten

Besuch der Einrichtung bis zum: _____

wurde am _____ folgende Krankheit festgestellt
 der Verdacht geäußert

durch _____
z.B. Kinderarzt

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Enteritis d. enterohämorrhagische E.coli (EHEC) | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | <input type="checkbox"/> Scabies (Krätze) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach, sonstige Streptococcus pyogenes Infektion |
| <input type="checkbox"/> Kopfläuse | <input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr) |
| <input type="checkbox"/> Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> Typhus, Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E |
| <input type="checkbox"/> Orthopockenviren, z.B. Affenpocken | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Brechdurchfall (infektiöse Gastroenteritis) (bis 6 Jahre) z.B. Salmonellen, Rota- u. Noroviren, E. coli, Campylobacter, etc.

Zwei oder mehr Fälle einer (evtl. unklaren) Infektionskrankheit: _____

Sollten mehrere Personen zeitgleich von derselben Krankheit betroffen sein, füllen Sie bitte das Sammelmeldeformular aus.

- Diese Meldung erfolgt ausschließlich pflichtgemäß zur Kenntnisnahme.
 Es wird um Rückruf des Gesundheitsamtes unter angegebener Nummer gebeten.

Datum

Unterschrift der meldenden Person