

Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz**Vertraulich**infektionsschutz@kreis-ahrweiler.de

Kreisverwaltung Ahrweiler
-Gesundheitsamt-
Wilhelmstraße 59
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

02641/975-600

Telefon

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	☐	Paratyphus	☐	Vibrio cholerae O 1 und O 139	☐
Diphtherie	☐	Pest	☐	Corynebacterium spp., Toxin bildend	☐
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	☐	Poliomyelitis	☐	Salmonella Typhi	☐
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	☐	Röteln	☐	Salmonella Paratyphi	☐
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	☐	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	☐	Shigella sp.	☐
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	☐	Shigellose	☐	Enterohämorrhagischen E.coli (EHEC)	☐
Keuchhusten	☐	Skabies (Krätze)	☐		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	☐	Typhus abdominalis	☐		
Masern	☐	Virushepatitis A oder E	☐		
Meningokokken-Infektion	☐	Windpocken	☐		
Mumps	☐	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	☐		
Orthopockenviren-assoziierte Krankheit	☐				
Erkrankungshäufigkeiten (§ 34 Abs. 6 S. 2)		≥ 2 schwerwiegende Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Erregernamen (falls bekannt):	
Kopflausbefall		☐			

Erkrankte/krankheitsverdächtige oder verlaute Person, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum: _____
			Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:	_____	_____	_____
	Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort
Weitere Kontaktdaten:	_____	_____	
	E-Mail	Telefon	
Haus-/Kinderarzt:	_____		

Die Benachrichtigungspflicht besteht nicht, wenn der Leitung ein Nachweis darüber vorliegt, dass die Meldung des Sachverhalts nach § 6 IfSG, z. B. durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt, bereits erfolgt ist. Für die fettgedruckten Erkrankungen bzw. Erreger besteht keine Meldepflicht nach § 6 IfSG.

Zur Meldung weiterer Personen mit derselben Erkrankung fügen Sie dem Meldeformular bitte nach Bedarf Meldelisten (Blatt 2) hinzu.

Unterschrift / Stempel

Meldeliste zum Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 IfSG
(Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung: _____

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige oder verlauste Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum: _____
			Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten:	_____	_____	
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum: _____
			Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten:	_____	_____	
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum: _____
			Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten:	_____	_____	
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum: _____
			Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten:	_____	_____	
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			

Name: _____	Vorname: _____	☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum: _____
			Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz:	_____	_____	_____
	<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>
Weitere Kontaktdaten:	_____	_____	
	<i>E-Mail</i>	<i>Telefon</i>	
Haus-/Kinderarzt: _____			