

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Kreisverwaltung des Eifelkreises Bitburg-Prüm Gesundheitswesen Postfach 1365 · 54623 Bitburg	
Gesundheitsamt	
Straße	
PLZ	Ort
06561 <small>Telefon</small>	15 10 10 <small>(Fax)</small>

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
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische <i>E.coli</i> (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis (Salmonella typhi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<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 (z.B. Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund-Krankheit)			Erregername (falls bekannt):	
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

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

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

Unterschrift / Stempel

