Zurücksetzen | Speichern | Drucken

Meldeformular -Vertraulich-

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Benachrichtigung an:

Landratsamt Passau
Gesundheitsamt
Passauer Str. 33
94081 Fürstenzell

Telefon: 0851 / 397 4800
Telefax: 0851 / 397 904801
Email: gesundheitsamt@landkreis-passau.de*

Die Benachrichtigung betrifft:

Personal der Einrichtung
in der Einrichtung betreute Säuglinge, Kinder bzw. Jugendliche

Meldende Einrichtung:

Art der Einrichtung:

Krippe Kita Hort Schule

Sonstige

Meldende Person

Telefon

Datum der Meldung

Erreger	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera			**Mumps**			Vibrio Cholerae O 1 und O 139	
			Paratyphus			Corynebacterium diphtherie, Toxinbildend	
Diphtherie			Pest			Salmonella Typhi	
			Poliomyelitis				
Enteritis durch enterohämorrhagie E.Coli (EHEC)			Röteln			Salmonella Paratyphi	
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber			Krätze (Skabies)			Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	
Hämophilus influenzae Typ b-Meningitis			**Scharlach oder sonstige Stretococcus-pyogenes-Infektionen**			Shigellea sp.	
ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa)			bakterielle Ruhr (Shigellose)				
Keuchhusten (Pertussis)			Typhus abdominalis				
ansteckende Lungentuberkulose			Virushepatitis A oder E				
Masern			**Windpocken**				
Meningokokken-Infektion			**infektiöse Gastroenteritis bei Kindern < 6 Jahre**				

Kopflausbefall				
Erkrankungshäufungen			≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird (z.B. Ringelröteln, Hand-Mund-Fuß-Krankheit)	**Erregername (falls bekannt):**

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name, Vorname

Straße; HsNr.

PLZ, Ort

Start Erkrankung

Geburtsdatum

Telefon

Geschlecht
◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers

Besuch d. Einrichtung bis

Weitere betroffene Personen bitte auf Seite 2 auflisten.

*Bitte beachten Sie der Übermittlung von personenbezogenen Daten per E-Mail die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Meldeformular -Vertraulich-

Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Datum der Meldung:

Name der Einrichtung:	Telefon	E-Mail:

Erreger: (falls bekannt)

Name	Vorname	Geschlecht weiblich (w) männlich (m) divers (d)	Geburtsdatum	Anschrift	Telefon	Gruppe/ Klasse	Erkrankungs-beginn am	Besuch der Einrichtung bis