

Meldung von Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Per Telefax an 0611 / 31 39 16 oder infektionsschutz@wiesbaden.de

An 530520
Abteilung Amtsärztlicher Dienst
und Infektionsschutz
Gesundheitsamt Wiesbaden

Absender : Einrichtung (oder Stempel)	Datum:
Telefon:	
FAX :	
Meldende Person :	
Gruppe / Klasse :	

Angaben zur Person

Name:

Vorname:

männlich weiblich

geb.am:

(ggf. Telefon)

Strasse/NR.:
(Hauptwohnsitz)

PLZ/Ort

1 : Kopflausbefall oder Verdacht / gesicherte Diagnose der angekreuzten Infektionskrankheit (§ 34, 1)

2 : Nachweis eines der 6 Krankheitserreger (*kursiv*), ohne dass Krankheitszeichen bestehen (§ 34, 2)

3 : Ärztliche Diagnose der Infektionskrankheit in der Wohngemeinschaft der oben angegebenen Person (§ 34, 3)

	1	2	3
Kopflausbefall <i>Elternblatt</i> ausgegeben am: (Befund: lebende Kopfläuse oder Läuseeier weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernt)	<input type="checkbox"/>		
Akute Gastroenteritis bei einem Kind unter 6 Jahren (plötzlich auftretender Brechdurchfall)	<input type="checkbox"/>		
Krätze (Skabies)	<input type="checkbox"/>		
Ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	<input type="checkbox"/>		
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>		
Scharlach	<input type="checkbox"/>		
Windpocken	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
akute Hepatitis A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
akute Hepatitis E	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hirnhautentzündung (Haemophilus influenzae / Meningokokken)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Krankenhaus-Einweisung am :
Name:

	1	2	3
<i>Cholera (Vibrio cholerae)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Diphtherie (Corynebacterium diphtheriae, toxinbildend)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (= Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pest	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Typhus abdominalis (<i>Salmonella Typhi</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paratyphus (<i>Salmonella Paratyphi</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute Gastroenteritis (<i>Shigellen / EHEC</i>) <i>EHEC = enterohämorrhagische E.-coli</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind	<input type="checkbox"/>		