# Meldeformular – vertraulich –

## nach § 34 IfSG für Gemeinschaftseinrichtungen / Heime

**Kreisverwaltung Südliche Weinstraße**
**Gesundheitsamt, Arzheimer Straße 1, 76829 Landau in der Pfalz**
**Telefon: (06341) 940-622, Fax: (06341) 940-512**

**Angaben zur betroffenen Person** (bei mehreren betroffenen Personen, Meldeliste „Ausbruch/Häufung“ verwenden):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ weiblich ☐ männlich Erkrankungsbeginn: _____

Wohnbereich/Station: _____ ☐ Bewohner/Patient ☐ Mitarbeiter

Adresse: _____ Telefon: _____

Behandelnder Arzt: _____
Name, Adresse, Telefon

| **Verdacht/Erkrankung** von | **Ausscheidung von Krankheitserreger** |
|---|---|
| ☐ Ansteckende Borkenflechte (Impetigo Contagiosa)<br>☐ Ansteckender, von Bakterien oder Viren verursachter Durchfall und/oder Erbrechen bei Kindern bis zum 6.Geburtstag<br>☐ Ansteckungsfähige Tuberkulose der Lunge<br>☐ Cholera<br>☐ Darmentzündung (Enteritis), durch EHEC verursacht<br>☐ Diphtherie<br>☐ Hepatitis A<br>☐ Hepatitis E<br>☐ Hirnhautentzündung<br>☐ Keuchhusten (Pertussis)<br>☐ Kinderlähmung (Polio)<br>☐ Kopflaus-Befall<br>☐ Krätze (Scabies)<br>☐ Masern<br>☐ Meningokokken-Infektion<br>☐ Mumps<br>☐ Pest<br>☐ Röteln<br>☐ Ruhr (Shigellose)<br>☐ Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium *Streptococcus pyogenes*<br>☐ Typhus / Paratyphus<br>☐ Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)<br>☐ Windpocken (Varizellen) | ☐ Cholera-Bakterien<br>☐ Diphtherie-Bakterien (Toxin-bildendes *Corynebakterium diphtheriae*)<br>☐ EHEC-Bakterien<br>☐ Typhus-Bakterien (*Salmonella typhi/paratyphi*)<br>☐ Shigella-Bakterien<br><br>☐ **Ausbruch/Häufung**<br>≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird (z.B. Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund Krankheit)<br><br>Erregername: _____ |

**Meldung durch:**

_____
Name der Einrichtung

_____
Adresse

_____
Telefon

_____
Name der meldenden Person Unterschrift

Meldeliste

# Ausbruch/Häufung in Gemeinschaftseinrichtungen



Kreisverwaltung Südliche Weinstraße, Gesundheitsamt – Telefon 06341 940 622 – Fax 06341 940 512 – E-Mail: gesundheitsamt@suedliche-weinstrasse.de

| | | |
|---|---|---|
| **Meldende Einrichtung:** | **Anzahl Betreuungsplätze im betroffenen Wohnbereich bzw. Patienten auf Station:** | **Händedesinfektionsmittel:** |
| **Meldende Person/Telefon/Fax/E-Mail:** | **Datum:** | **Flächendesinfektionsmittel/Dosierung:** |

*)Bitte ausfüllen, wenn Angaben erhältlich

| **Nr.** | **Angaben zur betroffenen Person** | | | | | **Erkrankung bzw. Symptomatik** | **behandelnder Arzt*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, telefonische Erreichbarkeit | Zutreffendes bitte ankreuzen: | | Wohn-bereich/ Station | Erkrankungs-beginn* | | |
| | | Bewohner/ Patient | Mitarbeiter | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Meldeliste

# Ausbruch/Häufung in Gemeinschaftseinrichtungen



| Nr. | Angaben zur betroffenen Person | | | | | Erkrankung bzw. Symptomatik | behandelnder Arzt* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, telefonische Erreichbarkeit | Zutreffendes bitte ankreuzen: | | Wohn-bereich/ Station | Erkrankungs-beginn* | | |
| | | Bewohner/ Patient | Mitarbeiter | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |