

**Vertraulich an**

Landkreis Gießen,

der Kreisausschuss

**Fachdienst Gesundheitsamt**

Riversplatz 1-9

Gebäude D

35394 Gießen

**Meldende Einrichtung:** Datum:

Name:

Straße:

Ort:

Melder: Tel.:

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit nach § 34 IfSG** (bitte entsprechend ankreuzen):

**V E V - Verdacht E - Erkrankung**

Cholera

Diphtherie

Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)

Virales hämorrhagisches Fieber

Haem. influenzae Typ b-Meningitis

Impetigo contagiosa–ansteckende Borkenflechte

Infektiöse Gastroenteritis **(Durchfall /Erbrechen, Kind unter 6 Jahren**) ­>

Häufungen (≥ 2 Erkrankte)

ggf. Erregername:

Keuchhusten – Pertussis

Kopflausbefall

Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig)

Masern

Meningokokken-Infektion

Mumps

Paratyphus

Pest

Poliomyelitis - Kinderlähmung

Röteln

Scabies (Krätze)

Scharlachoder Streptococcus pyogenes-Infektionen > Häufung (≥ 2 Erkrankte)

Shigellose (Ruhr)

Typhus abdoninalis

Virushepatitis A und E

Varizellen – Windpocken

**Nur meldepflichtig bei Häufung (Erkrankungen** ≥**2):**

Hand-Mund-Fuß-Krankheit V  E  Ringelröteln V  E  Bindehautentzündung V  E  Sonstiges V  E

**Krankheit nach § 34 IfSG Abs 6** (bitte entsprechendankreuzen):

|  |
| --- |
| **V E V –Verdacht E - Erkrankung** |
| Botulismus |
| humane spongiforme Enzephalopathie (Kreuzfeld-Jakob-Krankheit) |
| akute Virushepatitis |
| enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) |
| Milzbrand |
| Tollwut |
| zoonotische Influenza (Meldung nur mit Testnachweis) z.B. Vogelgrippe |
| Coronavirus-Krankheit-2019 (Meldung nur mit Testnachweis) |
| durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten |
| behandlungsbedürftige Tuberkulose, auch wenn kein bakteriologischer Nachweis vorliegt, Clostridioides-difficile-Infektion mit klinisch schwerem Verlauf |

**Meldeformular bitte mit dem zur Verfügung gestellten Upload Link und Passwort hochladen!**

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:**

1. Name:

Geb.:

Tel.

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

1. Name:

Geb.:

Tel.

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

1. Name:

Geb.:

Tel.

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:**

1. Name:

Geb.:

Tel.

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

1. Name:

Geb.:

Tel.

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

1. Name:

Geb.:

Tel.

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

1. Name:

Geb.:

Tel.:

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers

1. Name:

Geb.:

Tel.:

Straße:

Wohnort:

männlich  weiblich  divers