



Der Kreisausschuss

<p>Vertraulich an</p> <p>Landkreis Gießen Der Kreisausschuss Fachdienst Gesundheitsamt Riversplatz 1-9 Gebäude D 35394 Gießen</p>	<p>Meldende Einrichtung: Datum:</p> <p>Name:</p> <p>Straße:</p> <p>Ort:</p> <p>Melder: Tel.:</p>
---	---

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

Verdacht (V)	Erkrankung (E)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtherie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haem. influenzae Typ b-Meningitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impetigo contagiosa - ansteckende Borkenflechte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall /Erbrechen, Kind unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Häufungen (≥ 2 Erkrankte); ggf. Erregername:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten - Pertussis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopflausbefall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningokokken-Infektion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis - Kinderlähmung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder Streptococcus pyogenes-Infektionen <input type="checkbox"/> Häufungen (≥ 2 Erkrankte)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varizellen - Windpocken

Nur meldepflichtig bei Häufung (Erkrankungen ≥2)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand-Mund-Fuß-Krankheit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bindehautentzündung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ringelröteln
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Krankheit nach § 34 IfSG Abs 6 (bitte entsprechend ankreuzen):

Verdacht (V)	Erkrankung (E)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Botulismus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	humane spongiforme Enzephalopathie (Kreuzfeld-Jakob-Krankheit)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akute Virushepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milzbrand
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tollwut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zoonotische Influenza (Meldung nur mit Testnachweis) z.B. Vogelgrippe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coronavirus-Krankheit-2019 (Meldung nur mit Testnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	behandlungsbedürftige Tuberkulose, auch wenn kein bakteriologischer Nachweis vorliegt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

2. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

3. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

4. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

5. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

6. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

7. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

8. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers

9. Name:
Geb.:
Tel.:
Straße:
Wohnort:
 männlich weiblich divers