

# Meldeformular

## Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

**Vertraulich**

---

**Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis**  
Gesundheitsamt

---

**Kurfürstenanlage 38 - 40**  
Straße und Hausnummer

---

**69115 Heidelberg**

---

PLZ Ort

---

**06221 / 522-1817** **06221 / 522-1899**  
Telefon (Fax)

---

**infektionsschutz@rhein-neckar-kreis.de**  
E-Mail Adresse

**Meldende Einrichtung / Person:**

---

Meldedatum (Tag/Monat/Jahr)

---

Name der Einrichtung

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ Ort

---

Ansprechpartner Telefonnummer

---

E-Mail Adresse

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit (Bitte entsprechend ankreuzen):**

| Erkrankung   | Erkrankung               | Verdacht                 | Erkrankung   | Erkrankung               | Verdacht                 | Erreger                                    | Ausscheider              |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Cholera  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orthopocken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vibrio cholerae O 1 und O 139              | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paratyphus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend | <input type="checkbox"/> |
| Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pest   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salmonella Typhi                           | <input type="checkbox"/> |
| virusbedingtes hämorrhagisches Fieber              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poliomyelitis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salmonella Paratyphi                       | <input type="checkbox"/> |
| Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Röteln   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shigella sp.                               | <input type="checkbox"/> |
| Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scabies (Krätze)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)        | <input type="checkbox"/> |
| Keuchhusten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| ansteckungsfähige Lungentuberkulose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shigellose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Masern   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Typhus abdominalis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Meningokokken-Infektion                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Virushepatitis A oder E  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Mumps  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Windpocken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|  |                          |                          | Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Erkrankungshäufigkeiten                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird |                          |                          | Erregernamen (falls bekannt): .....        |                          |
| Kopflausbefall                                     | <input type="checkbox"/> |                          |  |                          |                          |  |                          |

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  Männlich **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
 Weiblich

---

**Hauptwohnsitz:** \_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

---

**Erkrankungsdatum:** \_\_\_\_\_ **In der Einrichtung anwesend bis (Datum):** \_\_\_\_\_

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift / Stempel (Gemeinschaftseinrichtung)

## Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung:  
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen) \_\_\_\_\_

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen:

|                       |                |  |                     |
|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| Name: _____           | Vorname: _____ | <input type="checkbox"/> Männlich        | Geburtsdatum: _____ |
|                       |                | <input type="checkbox"/> Weiblich        |                     |
| Hauptwohnsitz: _____  |                |  |                     |
| Straße und Hausnummer |                | PLZ                                      | Wohnort             |
| Erkrankungsdatum:     |                | In der Einrichtung anwesend bis (Datum): |                     |

|                       |                |  |                     |
|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| Name: _____           | Vorname: _____ | <input type="checkbox"/> Männlich        | Geburtsdatum: _____ |
|                       |                | <input type="checkbox"/> Weiblich        |                     |
| Hauptwohnsitz: _____  |                |  |                     |
| Straße und Hausnummer |                | PLZ                                      | Wohnort             |
| Erkrankungsdatum:     |                | In der Einrichtung anwesend bis (Datum): |                     |

|                       |                |  |                     |
|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| Name: _____           | Vorname: _____ | <input type="checkbox"/> Männlich        | Geburtsdatum: _____ |
|                       |                | <input type="checkbox"/> Weiblich        |                     |
| Hauptwohnsitz: _____  |                |  |                     |
| Straße und Hausnummer |                | PLZ                                      | Wohnort             |
| Erkrankungsdatum:     |                | In der Einrichtung anwesend bis (Datum): |                     |

|                       |                |  |                     |
|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| Name: _____           | Vorname: _____ | <input type="checkbox"/> Männlich        | Geburtsdatum: _____ |
|                       |                | <input type="checkbox"/> Weiblich        |                     |
| Hauptwohnsitz: _____  |                |  |                     |
| Straße und Hausnummer |                | PLZ                                      | Wohnort             |
| Erkrankungsdatum:     |                | In der Einrichtung anwesend bis (Datum): |                     |

|                       |                |  |                     |
|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| Name: _____           | Vorname: _____ | <input type="checkbox"/> Männlich        | Geburtsdatum: _____ |
|                       |                | <input type="checkbox"/> Weiblich        |                     |
| Hauptwohnsitz: _____  |                |  |                     |
| Straße und Hausnummer |                | PLZ                                      | Wohnort             |
| Erkrankungsdatum:     |                | In der Einrichtung anwesend bis (Datum): |                     |

|                       |                |  |                     |
|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| Name: _____           | Vorname: _____ | <input type="checkbox"/> Männlich        | Geburtsdatum: _____ |
|                       |                | <input type="checkbox"/> Weiblich        |                     |
| Hauptwohnsitz: _____  |                |  |                     |
| Straße und Hausnummer |                | PLZ                                      | Wohnort             |
| Erkrankungsdatum:     |                | In der Einrichtung anwesend bis (Datum): |                     |