

Meldeformular für Einrichtungen nach §36 IfSG

§36 Abs. 1: Obdachlosenunterkünfte; Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern; sonstige Massenunterkünfte; Justizvollzugsanstalten

Gesundheitsamt Fax-Nr.: 069/212-45073

Mail: info.infektiologie@stadt-frankfurt.de

Meldedatum:

Meldende Einrichtung		Meldende Person	
Adresse	E-Mail	Telefon	Fax

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste!)		Geburtsdatum
Adresse	E-Mail	Telefon
☐ Bewohner/in ☐ Personal (Funktion?):		

Meldung gemäß § 36 (3a) IfSG

☐ Skabies (Krätze)

→ Bitte pro betroffener Person einen Erfassungsbogen ausfüllen, siehe Anhang 1

Meldung gemäß § 6 (1) Satz 2 IfSG

☐ Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis, wenn

- ☐ a) eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 (1) ausübt (= Umgang mit Lebensmitteln)
- ☐ b) zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird

→ Bei mehreren betroffenen Personen bitte die Liste im Anhang 2 nutzen!

Mit * gekennzeichnete Erkrankungen bitte unverzüglich telefonisch melden!
(Außerhalb der Dienstzeit an die Leitstelle der Feuerwehr Frankfurt/M, Tel.: 490001)

Meldung gemäß § 6 (1) Satz 1

☐ Verdacht auf ☐ Erkrankung an

- ☐ Botulismus*
- ☐ Cholera*
- ☐ COVID-19
- ☐ Diphtherie*
- ☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK), außer familiäre Form
- ☐ akute Virushepatitis
- ☐ enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)
- ☐ virales hämorrhagisches Fieber *
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Lungentuberkulose, ansteckungsfähig
- ☐ Masern*
- ☐ Meningokokken-Meningitis*
- ☐ Milzbrand*
- ☐ Mumps (Ziegenpeter)
- ☐ Orthopockenviren (insbes. Affenpocken)
- ☐ Pest*
- ☐ Poliomyelitis*
- ☐ Röteln einschließlich Rötelnembryopathie
- ☐ Tollwut*
- ☐ Typhus abdominalis oder Paratyphus
- ☐ Windpocken (Varizellen)
- ☐ Zoonotische Influenza

Stand: 18.06.2025	Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	Erkrankungsbeginn
	Besondere Problemlage	

(Unterschrift)

Anhang 1 zum Meldeformular:

Erfassungsbogen Skabies (Krätze)

Meldedatum: ____ / ____ / 20 ____

Meldende Einrichtung:	Meldende Person

Betroffene Person	
Nachname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: ____ / ____ / _____	Zimmer / Station/ Wohnbereich _____

Beginn der Erkrankung	____ / ____ / 20 ____
Diagnose durch	
Infektionsquelle bekannt?	☐ ja ☐ nein Wenn ja, bei wem?
Behandelt?	☐ ja ☐ nein Wenn ja, womit:
Mehrbettzimmer	☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie viele:
Enge Kontaktpersonen vorhanden?	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wurden sie mitbehandelt?	☐ ja ☐ nein

Checkliste Hygienemaßnahmen

- ☐ Der gesamte Körper muss mit der Salbe behandelt werden, außer den Schleimhäuten und dem behaarten Kopf. Zur Vorbereitung: Fingernägel kürzen und mit einer Bürste reinigen, Duschen oder Baden.
- ☐ Täglicher Wechsel der Bett- und Leibwäsche. Waschen bei mindestens 60 °C.
- ☐ Wenn dies nicht möglich ist, Wäsche in luftdichtem Sack verpacken und eine Woche bei Raumtemperatur lagern.
- ☐ Polstermöbel, Teppiche und Betten mit Staubsauger reinigen.
- ☐ Vermeidung enger körperlicher Kontakte.

Liste der an Gastroenteritis Erkrankten

Meldedatum:		Meldende Einrichtung:				Meldende Person:							
Fortlaufende Fallzahl	Vollständige Personalien (Name,Vorname,Geb.-Datum, Adresse, Telefonnummer, Mail)	Personal (bitte ankreuzen)	Bewohner (bitte ankreuzen)	Wohnbereich/ Zimmer	Erkrankungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	Brechdurchfall (bitte ankreuzen)	Nur Durchfall (bitte ankreuzen)	Nur Erbrechen (bitte ankreuzen)	Fieber (bitte ankreuzen)	Gemeinschafts- verpflegung? Ja/ Nein	Stuhlprobe veranlasst? Ja/ Nein	Klinikeinweisung? Ja/ Nein	Name der Klinik
		☐	☐			☐	☐	☐	☐				
		☐	☐			☐	☐	☐	☐				
		☐	☐			☐	☐	☐	☐				
		☐	☐			☐	☐	☐	☐				
		☐	☐			☐	☐	☐	☐				
		☐	☐			☐	☐	☐	☐				