

Meldung nach § 34 IfSG

Gesundheitsamt Fax-Nr.: 069/212-45073 Mail: info.infektiologie@stadt-frankfurt.de

Mit * gekennzeichnete Erkrankungen bitte unverzüglich telefonisch melden!

(Außerhalb der Dienstzeit an die Leitstelle der Feuerwehr Frankfurt/M, Tel.: 490001)

Meldedatum:	
Meldende Einrichtung	Meldende Person
Adresse / E-Mail	Telefon Fax
<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste!)	Geb. Datum
Adresse / E-Mail	Telefon
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion?):	

Verdacht auf oder Erkrankung an Kind oder Personal	Ausscheidung von Erregern	Krankheit in der Wohngemeinschaft
Zutreffendes bitte ankreuzen		
<input type="checkbox"/> Cholera*	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139	<input type="checkbox"/> Cholera*
<input type="checkbox"/> Diphtherie*	<input type="checkbox"/> Corynebacterium spp., Toxin bildend	<input type="checkbox"/> Diphtherie*
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. coli, EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren)		
<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber*		<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber*
<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis		<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (Borkenflechte)		
<input type="checkbox"/> Lungentuberkulose, ansteckungsfähig		<input type="checkbox"/> Lungentuberkulose, ansteckungsfähig
<input type="checkbox"/> Masern*		<input type="checkbox"/> Masern*
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis*		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis*
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Orthopockenviren (insbes. Affenpocken)		
<input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi)	<input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi (Paratyphus)	<input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi)
<input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten)		
<input type="checkbox"/> Pest*		<input type="checkbox"/> Pest*
<input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)		<input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)
<input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen		
<input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri,...)	<input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr)
<input type="checkbox"/> Skabies (Krätze)		
<input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi)	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi (Typhus)	<input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi)
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Verlausung (Kopflausbefall)		
<input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)		<input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)

Stand: 18.01.2023	Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	Erkrankungsbeginn
	Besondere Problemlage	

(Unterschrift)

