

Meldung nach § 34 Infektionsschutzgesetz

An das Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg



Per Datei-Upload: <https://upload.gesundheitsamt-dadi.de/>

Meldedatum: _____
Tag Monat Jahr

| | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|
| Meldende Einrichtung | Meldende Person | |
| _____ | _____ | _____ |
| Adresse | 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 !) | Geburtsdatum |
| _____ | _____ |
| Adresse | Telefon Email |
| _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?) | |

| | | |
|--|---|---|
| Erkrankung Kind oder Personal <u>Zutreffendes bitte ankreuzen</u> | Dauerausscheidung von Erregern | Krankheit in der Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallsform) <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa – Borkenflechte <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi) <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Krätze (Scabies) <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr <input type="checkbox"/> Typhus (Sylmonella typhie) <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E <input type="checkbox"/> Varizellen – Windpocken <input type="checkbox"/> Verlausung | <input type="checkbox"/> Vibrio cholerae <input type="checkbox"/> Corynebact. diphteriae, toxinbildend <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. Coli, EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi (Paratyphus) <input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, u.a.) <input type="checkbox"/> Salmonella typhi | <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi) <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi) <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E |

| | |
|---|--------------------------|
| Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik | Erkrankungsbeginn |
| _____ | _____ |
| Bemerkungen | |
| _____ | |

 (Datum, Unterschrift)

Weitere Informationen und Meldezettel auf: www.gesundheitsamt-darmstadt.de