**Meldeformular**

**Meldepflicht gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG) u. Landesverordnung zur Erweiterung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten (InfKrankMV) gem. § 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vertraulich**  **Gesundheitsamt**  Landkreis Prignitz  Gesundheitsamt  SG Hygiene und Umweltmedizin  Bergstraße 1  19348 Perleberg    Tel. (03876) 713 500 Fax (03876) 713 550 |  | **Meldende Einrichtung/Person**  Adresse und Telefonnummer; E-Mail-Adresse  (Stempel) der meldenden Einrichtung |

**Kind / Schüler / Beschäftigter\***

**Name: Vorname**: [ ] Männlich **Geburtsdatum:**

[ ] Weiblich

**Hauptwohnsitz**:

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefonnummer

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Erkrankung** | **Verdacht** |
| Cholera |  |  |
| Diphtherie |  |  |
| Enteritis durch E. coli (EHEC) |  |  |
| virusbedingtes hämorrhagisches Fieber |  |  |
| Haemophilus influenzae Typ b- Meningitis (Hib) |  |  |
| Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) |  |  |
| ansteckungsfähige Lungentuberkulose |  |  |
| Masern |  |  |
| Meningokokken-Infektion |  |  |
| Mumps |  |  |
| Paratyphus |  |  |
| Pertussis (Keuchhusten) |  |  |
| Pest |  |  |
| Poliomyelitis |  |  |
| Röteln |  |  |
| Scabies ( Krätze) |  |  |
| Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen |  |  |
| Shigellose (Ruhr, shigella sp.) |  |  |
| Typhus abdominalis |  |  |
| Varizellen ( Windpocken) |  |  |
| Virushepatitis A oder E |  |  |
| infektiöse Gastroenteritis (Durchfall, Erbrechen) bis vollendetes 6. Lebensjahr |  |  |
| Verlausung/ Kopfläuse |  |  |
| 2 oder mehr gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen,  deren Ursache Krankheitserreger sind  Krankheitserreger: |  |  |

|  |
| --- |
| Stationäre Behandlung: Ja: Nein: wenn ja; wo (falls bekannt): |
| Datum des letzten Besuches der Einrichtung: Erkrankungsdatum: |
| Sonstiges: |

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

\*Die personenbezogenen Daten dürfen nur für Aufgaben des Gesundheitsamtes nach dem Infektionsschutzgesetz genutzt und verarbeitet werden.

# Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung:

(bei FAX-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel

Gemeinschaftseinrichtung

**Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider\*:**

**Name:** **Vorname**: [ ] Männlich **Geburtsdatum:**

[ ] Weiblich

**Symptome:**

**Symptombeginn: Telefonnummer:**

**Hauptwohnsitz**:

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Name:** **Vorname**: [ ] Männlich **Geburtsdatum:**

[ ] Weiblich

**Symptome:**

**Symptombeginn: Telefonnummer:**

**Hauptwohnsitz**:

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Name:** **Vorname**: [ ] Männlich **Geburtsdatum:**

[ ] Weiblich

**Symptome:**

**Symptombeginn: Telefonnummer:**

**Hauptwohnsitz**:

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Name:** **Vorname**: [ ] Männlich **Geburtsdatum:**

[ ] Weiblich

**Symptome:**

**Symptombeginn: Telefonnummer:**

**Hauptwohnsitz**:

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Name:** **Vorname**: [ ] Männlich **Geburtsdatum:**

[ ] Weiblich

**Symptome:**

**Symptombeginn: Telefonnummer:**

**Hauptwohnsitz**:

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort