**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