

# Meldung von Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Per Telefax an 0611 / 31 39 16 oder [infektionsschutz@wiesbaden.de](mailto:infektionsschutz@wiesbaden.de)

Gesundheitsamt  
-530220- Gesundheitsschutz,  
Infektionsepidemiologie und Surveillance  
Gustav-Stresemann-Ring 15  
65189 Wiesbaden

<b>Absender :</b> Einrichtung (oder Stempel)	<b>Datum:</b>
Telefon:	
FAX :	
Meldende Person :	
<b>Gruppe / Klasse :</b>	

## Angaben zur Person

Name:

Vorname:

männlich  weiblich

geb.am:

Telefonnummer:

Strasse/NR.:  
(Hauptwohnsitz)

PLZ/Ort

1 : Kopflausbefall oder Verdacht / gesicherte Diagnose der angekreuzten Infektionskrankheit (§ 34, 1)

2 : Nachweis eines der 6 Krankheitserreger (*kursiv*), ohne dass Krankheitszeichen bestehen (§ 34, 2)

3 : Ärztliche Diagnose der Infektionskrankheit in der Wohngemeinschaft der oben angegebenen Person (§ 34, 3)

	1	2	3
<b>Kopflausbefall</b> <i>Eiternblatt</i> ausgegeben am: (Befund: lebende Kopfläuse oder Läuseeier weniger als 1 cm von der Kopfhaut entfernt)	<input type="checkbox"/>		
<b>Akute Gastroenteritis bei einem Kind unter 6 Jahren (Breachdurchfall)</b> Wenn Erreger bekannt -> Sonstige Bemerkungen	<input type="checkbox"/>		
<b>Krätze (Skabies)</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Ansteckende Borkenflechte</b> (Impetigo contagiosa)	<input type="checkbox"/>		
<b>Keuchhusten</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Scharlach/ Streptococcus pyogenes</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Windpocken</b>	<input type="checkbox"/>		
<b>Masern</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Mumps</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>akute Hepatitis A</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>akute Hepatitis E</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Hirnhautentzündung (Haemophilus influenzae / Meningokokken)</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>Lungentuberkulose</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Krankenhaus-Einweisung am :
Name:

	1	2	3
Cholera ( <i>Vibrio cholerae</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie ( <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , <i>toxinbildend</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (= Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pest	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Typhus abdominalis ( <i>Salmonella Typhi</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paratyphus ( <i>Salmonella Paratyphi</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute Gastroenteritis ( <i>Shigellen / EHEC</i> ) <i>EHEC = enterohämorrhagische E.-coli</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind	<input type="checkbox"/>		

Sonstige Bemerkungen: