

Meldeformular gemäß § 34 Abs. 6 IfSG

Vertraulich

Gesundheitsamt Augsburg Stadt

Hoher Weg 8

86152 Augsburg

Fax: 324-2060

Name d. Einrichtung

Straße

Ort

Telefonnummer

Melder

Datum

Klicken oder tippen Sie, um ein

Datum einzugeben.

Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Männlich

Geburtsdatum: / /

Weiblich

Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz:

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon-Nr.

Die Meldepflichten gelten für Personal und Betreute

Meldung nach § 34 Abs. 1 IfSG: Erkrankung oder Verdacht auf Erkrankung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> infektiöse Magen-Darm-Erkrankung (bis 6 Jahre) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Krätze (Scabies) | <input type="checkbox"/> Kopfläuse |
| <input type="checkbox"/> EHEC | <input type="checkbox"/> (Virus)Hepatitis A/E |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Scharlach/Sonstige Streptococcus pyogenes-Infektion | <input type="checkbox"/> Shigellose |
| <input type="checkbox"/> Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Tyb b – Meningitis | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Typhus /Paratyphus | <input type="checkbox"/> COVID 19 NEU! |

Meldung nach § 34 Abs. 3 IfSG: Erkrankung oder Verdacht in der Wohngemeinschaft nach ärztl. Diagnose

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> (Virus)Hepatitis E |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> (Virus)Hepatitis A/E | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Tyb b – Meningitis | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> Shigellose |
| <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhag. Fieber | <input type="checkbox"/> EHEC |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> COVID 19 NEU! |

Geichartige, schwerwiegende Erkrankungen (bei 2 oder mehr Erkrankungen) Krankheitserreger

Befindet sich die/der Erkrankte in einem Krankenhaus? ja nein wenn ja, seit wann

Sollten mehrere Personen zeitgleich von derselben Krankheit betroffen sein, füllen Sie bitte dieses Formular nur

für den ersten Fall aus und geben Sie die übrigen Namen auf einem Extrabogen an.