

**Vertraulich**

Kreisgesundheitsamt Paderborn  
 Infektionsschutz  
 Aldegreverstraße 10 - 14  
 33102 Paderborn

Telefon: 05251-308 5332      Telefax: 05251-308 89 5332  
 WithhautL@kreis-paderborn.de

<b>Meldende Einrichtung / Person:</b>		
<i>Name der Einrichtung</i>		
<i>Anschrift</i>	<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
<b>Meldender</b>	<b>Telefonnummer</b>	
<i>Datum:</i>		
	<i>Tag</i>	<i>Monat Jahr</i>

**Benachrichtigungspflichtige Krankheit** (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erreger	Ausscheider
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Sonstige Bemerkung:	
			<b>Erregername (falls bekannt):</b>			
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>					

**Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:**

<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____	<input type="checkbox"/> männlich	<b>Geburtsdatum:</b> _____
		<input type="checkbox"/> weiblich	Tag      Monat Jahr
<b>Adresse. Telefon</b> _____		_____	_____
Straße und Hausnummer, Telefon		PLZ	Wohnort
<b>Haus-/ Kinderarzt</b>			

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der zweiten Seite aufgeführt werden.

<b><u>Erkrankungsbeginn:</u></b>
----------------------------------

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift / Stempel (Gemeinschaftseinrichtung)

