

Vertraulich

Kreisgesundheitsamt Paderborn
 Infektionsschutz
 Aldegreverstraße 10 - 14
 33102 Paderborn

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

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

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erreger	Ausscheider	
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<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"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird		Sonstige Bemerkung:		
			Erregername (falls bekannt):				
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>						

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

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

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

<u>Erkrankungsbeginn:</u>

 Unterschrift / Stempel (Gemeinschaftseinrichtung)

