



Bitte per Mail an:  
**InfektionenTeamA@gifhorn.de**

**Meldung nach**  
**§ 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Meldedatum:

Meldende Einrichtung:	Meldende Person:
Straße:	Telefon:
PLZ und Ort:	Fax:
<input type="checkbox"/> Kinder-Krippe	<input type="checkbox"/> KiTa
<input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule
	<input type="checkbox"/> Kinderheim
Betroffene Person mit Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Telefon:	
PLZ und Ort:	

**Meldepflicht gemäß 34 IfSG bei jedem Fall**

<b>Erkrankung</b>	<b>Erreger-Ausscheidung</b>	<b>Krankheit in Wohn-gemeinschaft</b>
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal der Einrichtung		
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae (Typ 01 / 0139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis	<input type="checkbox"/> Corynebact. Diphtheriae, toxinb.	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> infektiöse Gastroenteritis (Durchfall/Erbrechen, Kind < 6 Jahren)	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E.coli	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/> Salmonella paratyhi	
<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiose Borkenflechte	<input type="checkbox"/> Shigella-spezies/boydii, flexneri	<input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> Keuchhusten - Pertussis		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Tuberkulose (ansteckungsfähig)		
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Tuberkulose (ansteckungsfähig)
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Krätze (Skabies)		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Strepoc.-pyog.-Infek.		<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Shigellose-Ruhr <input type="checkbox"/> Typhus		<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Varizellen		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Verlausung Kopfläuse		

**Meldepflicht gemäß 34 IfSG nur ab zwei oder mehr Fälle**

<input type="checkbox"/> Bindehautentzündungen	<input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit	<input type="checkbox"/> Covid
<input type="checkbox"/> Influenza (Grippe)	<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Ringelröteln
<input type="checkbox"/> Sonstige:		
Anzahl Fälle:		
Betroffene Gruppe / Klasse:		
Letzter Tag in der Einrichtung:		Erkrankungsbeginn:
Maßnahme(n) der Einrichtung:		

