

**Benachrichtigung gemäß § 34 (6)
Infektionsschutzgesetz (IfSG):
Meldung einer ansteckenden Krankheit**



LANDKREIS
GÖPPINGEN

Stand: Februar 2024

Absender

Meldende Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Empfänger

Landkreis Göppingen
Gesundheitsamt
Wilhelm-Busch-Weg 1
73033 Göppingen

Tel.Nr.: +49 7161 202-5328
Fax-Nr.: +49 7161 202-5392
E-Mail: infektionsschutz@lkgp.de

Betroffene Person

Am: _____ erfolgte an die o.g. Einrichtung die Meldung, dass

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Klasse/Gruppe: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

erkrankt ist oder krankheitsverdächtig ist im Hinblick auf:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Pest | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scabies (Krätze) |
| <input type="checkbox"/> Scharlach/sons. Streptococcus pyogenes-Infektionen | <input type="checkbox"/> Shigellose |
| <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> infektiöse Gastroenteritis
(bei Kindern, die das 6 Lebensjahr noch nicht vollendet haben) | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E |

bzw.

verlaust ist

bzw. Ausscheider:in ist von:

- Vibrio cholerae O 1 und O 139
- Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend
- Salmonella Typhi
- Salmonella Paratyphi
- Shigella sp.
- enterohämorrhagischen E. coli (EHEC)

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung