



### Meldeformular gemäß § 34 IfSG Benachrichtigung Einrichtung

**Vertraulich**

Gesundheitsamt Ingolstadt

Esplanade 29  
85049 Ingolstadt

Tel.: 0841-305-1461 oder 1467  
Fax: 0841-305-1469

E-Mail:  
[gesundheitsamt@ingolstadt.de](mailto:gesundheitsamt@ingolstadt.de)

<b>Meldende Einrichtung</b>	
..... Name der Einrichtung	
..... Straße und Hausnummer	
..... PLZ	..... Ort
..... Meldende Person	..... Tel. Nr.:
..... Datum:	

**Persönliche Angaben zur erkrankten Person**

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....  männlich  
 weiblich

.....  
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Telefonnummer

Tag der Erkrankung.....Arzttermin bereits erfolgt:  ja  nein

Erkrankung/Verdacht (bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Grippe/Brechedurchfall | <input type="checkbox"/> Masern                      | <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mundkrankheit |
| <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis                    | <input type="checkbox"/> Mumps                       | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> Röteln                      | <input type="checkbox"/> Scabies(Krätze)        |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion           | <input type="checkbox"/> Ringelröteln                | <input type="checkbox"/> Läuse                  |
|  | <input type="checkbox"/> Windpocken                  | <input type="checkbox"/> grippale Beschwerden   |
|  | <input type="checkbox"/> Scharlach                   | <input type="checkbox"/> hohes Fieber           |
|  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                 | <input type="checkbox"/> Influenza              |
|  | <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber |   |

- andere ansteckende Erkrankungen:
- die Person bleibt wegen ihrer Erkrankung (gemäß § 34 IfSG) zu Hause
- der gemeldete Fall gehört zu einer Häufung (**2 oder mehr**) von weiteren gleichartigen Erkrankungen in der Einrichtung innerhalb der letzten 5 Tage

Ort, Datum

Unterschrift der benachrichtigenden Person