Meldung von Infektionskrankheiten in einer Gemeinschaftseinrichtung
gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Dieses Meldeformular ist elektronisch auszufüllen.

Vertraulich
Gesundheitsamt
Gesundheitsamt
Ruhrorter Str.195
Straße
47119 Duisburg
PLZ / *Ort*
0203 2837094340 / *Fax*
E-Mail **gesundheitsaufsicht@stadt-duisburg.de**

Meldende Einrichtung / Person:		
Name der Einrichtung		
Straße und Hausnummer		
PLZ	*Ort*	
Meldender		**Telefonnummer**
Datum:	*Tag Monat Jahr*	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	**Erkrankung**	**Verdacht**
Cholera	☐	☐
Diphtherie	☐	☐
Enteritis durch enterohämorrhagische *E.coli* (EHEC)	☐	☐
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	☐	☐
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	☐	☐
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	☐	☐
Keuchhusten	☐	☐
Masern	☐	☐
Mumps	☐	☐
Meningokokken-Infektion	☐	☐
Röteln	☐	☐
Erkrankungshäufigkeiten	☐	☐
Kopflausbefall	☐	

Erkrankung	**Erkrankung**	**Verdacht**
Paratyphus	☐	☐
Pest	☐	☐
Poliomyelitis	☐	☐
Scabies (Krätze)	☐	☐
Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	☐	☐
Shigellose (Ruhr)	☐	☐
Typhus abdominalis	☐	☐
Windpocken	☐	☐
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	☐	☐
Gastroenteritis (akuter Durchfall, Erbrechen)	☐	☐
Sonstige Häufungen von Infektionskrankheiten (z.B. Hand-Fuß-Mund etc.): _____	☐	☐
≥ *2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird*		
Erregername (falls bekannt):		

Erreger	**Ausscheider**
Vibrio cholerae O 1 und O 139	☐
Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	☐
Salmonella Typhi	☐
Salmonella Paratyphi	☐
Shigella sp.	☐
Enterohämorrhagischer *E.coli* (EHEC)	☐

Merkblatt: ☐ *Ein Merkblatt über die o. g. Infektionskrankheit ist in der Einrichtung vorhanden und wird ausgeteilt*

Sollte kein aktuelles Merkblatt vorliegen, kann dieses auf der Website des ***BZgA*** *in unterschiedlichen Sprachen heruntergeladen werden:*
https://www.infektionsschutz.de/infektionen/erregersteckbriefe/

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	**Vorname:**	☐ m ☐ w	**Geburtsdatum:**
Adresse. Telefon			
Straße und Hausnummer	***Telefon***	*PLZ*	*Wohnort*
Klasse / Gruppe:	***Haus-/ Kinderarzt***		

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

Unterschrift / Stempel (Gemeinschaftseinrichtung)

Stand: 13.10.2026

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen) _____

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Klasse / Gruppe	Name, Vorname	Geburts-datum	m / w	Adresse	Telefon	Erkrankungs-datum	Symptome (E=Erbrechen, F=Fieber, D=Durchfall)	Haus-/Kinderarzt

Klasse / Gruppe	Name, Vorname	Geburts-datum	m / w	Adresse	Telefon	Erkrankungs-datum	Symptome (E=Erbrechen, F=Fieber, D=Durchfall)	Haus-/Kinderarzt