Meldung eines Ausbruchs an das Gesundheitsamt Duisburg für Einrichtungen gem. §§ 23, 35 u. 36 IfSG i.V.m. § 8 IfSG

Name und Anschrift der Einrichtung:

Datum:

Ansprechpartner:

Rufnummer:

Erkrankung (gem. § 8):

- ☐ **Krankenhaus**
- ☐ **vollstationäre Pflegeeinrichtung**
- ☐ **Beatmungs-WG**
- ☐ **Tagespflegeeinrichtung**
- ☐ **Ambulanter Pflegedienst**
- ☐ **Asylbewerber/Flüchtlinge**
- ☐ **Obdachlosenunterkunft**
- ☐ **Justizvollzugsanstalt**
- ☐ **sonstige Massenunterkünfte**

Zimmer oder Bereich	**Name, Vorname**	**Geburts-datum**	**Straße/Nr./PLZ/Ort***	**Pat. oder MA**	**Symptome**** (D/E/F/H/J)	**Laborergebnis** (ja/nein)	**Symptom-beginn**	**Aufnahme-datum**

* bei Mitarbeitern bitte die Meldeadresse angeben
** D=Durchfall, E=Erbrechen, F=Fieber, H=Husten, J=Juckreiz (Skabies, Läuse), bitte ergänzen Sie weitere Symptome
Meldung an das Gesundheitsamt: per Fax 0203 / 283 4340 oder E-Mail Gesundheitsaufsicht@stadt-duisburg.de

Stadt Duisburg
Gesundheitsaufsicht
Stand Oktober 2026