Gesundheitsamt
Frankfurt am Main

Meldung nach § 34 IfSG

Gesundheitsamt Fax-Nr.: 069/212-45073 Mail: info.infektiologie@stadt-frankfurt.de

Mit * gekennzeichnete Erkrankungen bitte unverzüglich telefonisch melden!
(Außerhalb der Dienstzeit an die Leitstelle der Feuerwehr Frankfurt/M, Tel.: 490001)

Meldedatum:

Meldende Einrichtung	**Meldende Person**	
Theobald-Ziegler-Schule		
Adresse / E-Mail	Telefon	Fax
Theobald-Ziegler-Straße 10, 60435 Frankfurt poststelle.theobald-ziegler-schule@stadt-frankfurt.de	069-21238755	063-21230706
☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Kinderhort	☒ Schule	☐ Kinderheim

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste!)	Geb. Datum
Adresse / E-Mail	Telefon
☐ Kind ☐ Personal (Funktion?):	

Verdacht auf oder Erkrankung an Kind oder Personal Zutreffendes bitte ankreuzen	**Ausscheidung von Erregern**	**Krankheit in der Wohngemeinschaft**
☐ **Cholera***	☐ **Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139**	☐ **Cholera***
☐ **Diphtherie***	☐ **Corynebacterium spp., Toxin bildend**	☐ **Diphtherie***
☐ **EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)**	☐ **Enterohämorrhagische E. coli, EHEC**	☐ **EHEC-Enteritis**
☐ **Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren)**		
☐ **Virales hämorrhagisches Fieber***		☐ **Virales hämorrhagisches Fieber***
☐ **Haemophilus-B-Meningitis**		☐ **Haemophilus-B-Meningitis**
☐ **Impetigo contagiosa (Borkenflechte)**		
☐ **Lungentuberkulose, ansteckungsfähig**		☐ **Lungentuberkulose, ansteckungsfähig**
☐ **Masern***		☐ **Masern***
☐ **Meningokokken-Meningitis***		☐ **Meningokokken-Meningitis***
☐ **Mumps**		☐ **Mumps**
☐ **Orthopockenviren (insbes. Affenpocken)**		
☐ **Paratyphus (Salmonella paratyphi)**	☐ **Salmonella paratyphi (Paratyphus)**	☐ **Paratyphus (Salmonella paratyphi)**
☐ **Pertussis (Keuchhusten)**		
☐ **Pest***		☐ **Pest***
☐ **Polio (Kinderlähmung)**		☐ **Polio (Kinderlähmung)**
☐ **Röteln**		☐ **Röteln**
☐ **Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen**		
☐ **Shigellose (Ruhr)**	☐ **Shigella-Spezies (boydii, flexneri,..)**	☐ **Shigellose (Ruhr)**
☐ **Skabies (Krätze)**		
☐ **Typhus (Salmonella typhi)**	☐ **Salmonella typhi (Typhus)**	☐ **Typhus (Salmonella typhi)**
☐ **Virushepatitis A und E**		☐ **Virushepatitis A und E**
☐ **Verlausung (Kopflausbefall)**		
☐ **Varizellen (Windpocken)**		☐ **Varizellen (Windpocken)**

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	**Erkrankungsbeginn**
Besondere Problemlage	

Stand: 18.01.2023

(Unterschrift)

Name, Vorname	Geburtsdatum	♀ ♂ w, m	Erkrankungs- beginn am:	Telefon	Adresse	Haus-/Kinderarzt