

Hinweis: Passend für Fensterkuvert

Stadt Nürnberg  
Gesundheitsamt  
Burgstr. 4  
90403 Nürnberg

Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Mo bis Do 8.30 Uhr bis 15.30 Uhr  
Fr 8.30 Uhr bis 14.00 Uhr  
Tel.: +49 (0)9 11 / 2 31 - 23 66

**Meldung über das Kontaktformular:**

Hier klicken (oder QR-Code scannen)



**Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 7, 34 Abs. 6 IfSG hat die Einrichtung in u. g. Fällen gegenüber dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu machen.**

**Angaben zur meldenden Einrichtung**

Einrichtung			
<input type="text"/>			
Ansprechpartner/in - Familienname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefax	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Angaben zur betroffenen Person bei Einzelerkrankung (bei Erkrankungshäufung bitte stattdessen Seite 3 verwenden)**

Familienname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Behandelnde/r Ärztin/Arzt		Erkrankungsbeginn	Letzter Tag in der Einrichtung
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Besondere Problemlage		Klinikaufenthalt	
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erkrankungen von Kontaktpersonen			
<input type="text"/>			

## Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Verdacht /Anzahl	Erkrankung /Anzahl	Benachrichtigungspflichtige Krankheit
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cholera
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diphtherie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli ( <b>EHEC</b> )
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Impetigo contagiosa (ansteckende <b>Borkenflechte</b> )
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Keuchhusten</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ansteckungsfähige <b>Lungentuberkulose</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Masern</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Meningokokken-Infektion (Meningitis, Sepsis)</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Mumps</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paratyphus
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pest
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Röteln</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Scharlach</b> oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Shigellose</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Skabies ( <b>Kräzte</b> )
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis (Salmonella typhi)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Virushepatitis A oder E</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Windpocken</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre (Erbrechen und/oder Durchfall)</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Häufung von sonstiger gleichartiger, schwerwiegender Erkrankung (ab 2 oder mehr Fällen)</b>
		<b>Krankheitsname:</b> <input type="text"/>
		Bei Erkrankungshäufungen bitte die Tabelle auf Seite 3 ausfüllen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es wird eine Beratung zu dem Auftreten von folgender Krankheit gewünscht: <input type="text"/>

## **Erkrankungshäufung: Meldedaten §§ 8 Abs. 1 Nr. 7, 34 Abs. 6 IfSG**