

An Gesundheitsamt Tuttingen

Telefax: (07461) 926-4286 oder an Luginsfeldweg 15, 78532 Tuttingen

Meldende Einrichtung	Ansprechpartner	Telefon

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste !)	Geb.Datum
Adresse	Telefon
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?):	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Erkrankung Kind oder Personal	Dauerausscheidung von Erregern	Krankheit in Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Colera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform) <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa - Borkenflechte <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Krätze <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken <input type="checkbox"/> Verlausion	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139 <input type="checkbox"/> Corynebact. diphtheriae, toxinbildend <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. Coli EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ...) <input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	Erkrankungsbeginn
Besondere Problemlage	

Seite 2 zum Meldeformular

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

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort

Name: _____	Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum: _____
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr
Hauptwohnsitz: _____			
Straße und Hausnummer		PLZ	Wohnort