

Bitte per Fax an: (09261) 678-432  
oder per E-Mail an: gesundheitsamt@lra-kc.bayern.de

Meldedatum:



Unser  
**Landkreis  
Kronach**  
Oberfrankens Spitze

Landratsamt Kronach  
Gesundheitsamt  
Güterstraße 18  
96317 Kronach

## Meldung von Infektionskrankheiten nach § 6, 8 Abs. 7 IfSG

Für Leiter von Seniorenheimen, Pflege- oder sonstigen Heimen und Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern

### Angaben zur meldenden Einrichtung:

Name der Einrichtung	Telefon	
Adresse	Fax	
Meldende Person (Leitung d. Einrichtung)	E-Mail	
Anzahl der (betreuten) Personen: _____	Anzahl der Wohnbereiche: _____	Anzahl der MitarbeiterInnen: _____

### Angaben zur erkrankten Person: (bei Mehreren, bitte den Ergänzungsbogen nutzen)

Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
<input type="checkbox"/> betreute Person, wenn ja:		
Wohnbereich: _____	Zimmer-Nr.: _____	Anzahl d. Pers. i. Zimmer: _____
Name d. BetreuerIn: _____	Anschrift: _____	
Behandelnder Arzt: _____	Anschrift: _____	
<input type="checkbox"/> Personal, wenn ja Funktion: _____		

Die o.g. Person ist an folgender Krankheit  erkrankt oder  dessen verdächtig oder  verstorben (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Botulismus	<input type="checkbox"/> Milzbrand
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> (virusbedingte) hämorrhagische Fieber	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Hepatitis (akute virale)	<input type="checkbox"/> Scabies (Krätze)
<input type="checkbox"/> humane spongiforme Enzephalopathie	<input type="checkbox"/> Tollwut
<input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)	<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig)
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis/Paratyphus
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken)

Erkrankungshäufung innerhalb der Einrichtung von zwei oder mehr Personen, bei der ein epidemiologischer Zusammenhang angenommen wird. Bitte weitere Angaben auf dem Ergänzungsbogen mitteilen!

### Meldung von Infektionskrankheiten nach § 6, 8 Abs. 7 IfSG bei gehäuftem Auftreten

Name der meldenden Einrichtung: \_\_\_\_\_

Nr.	Name, Vorname	Personal	wenn Personal Adresse	Geburtstag	m/w	Wohnbereich	Zi.	Krankheit	Verdacht	Erkrankt	Erkrankt am (Datum)	Symptome*	Behandelnder ArztIn (Name + Telefon)	Vorheriger Aufenthalt (Krankenhaus o.ä.)
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

\*) **Symptome:** **E** = Erbrechen   **D** = Durchfall   **F** = Fieber   **st K** = starkes Krankheitsgefühl   **g K** = geringes Krankheitsgefühl