

# Benachrichtigung gemäß § 34 (6) Infektionsschutzgesetz (IfSG)

**- Unverzügliche Nachricht erforderlich! -**

**Landkreis Cloppenburg**

**- Gesundheitsamt -  
Gesundheitsaufsicht  
Eschstraße 29  
49661 Cloppenburg**

Email: infektionsschutz@lkclp.de  
Telefax: 04471/15-330

Name der Gemeinschaftseinrichtung	
Meldende/r	Telefonnummer
E-Mail	Melddatum

**1. Die Benachrichtigung betrifft**

- Personal     Kind

**2.**

Erkrankung	Erreger-Ausscheidung	Krankheit in Wohngemeinschaften
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> (Typ O 1/ O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)		
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> <i>Corynebact. Diphtheriae</i> (toxinbildend)	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E. Coli - EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall / Erbrechen, Kind unter 6 Jahren)		
<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber		<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis		<input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa- Borkenflechte		
<input type="checkbox"/> Keuchhusten - Pertussis		
<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig)		<input type="checkbox"/> Lungen-Tbc (ansteckungsfähig)
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella paratyphi</i>	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Krätze - Skabies Bitte Skabies-Formular benutzen		
<input type="checkbox"/> Scharlach oder Streptoc.-pyog.-Infektion		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> <i>Shigella-Spezies</i> (boydii, flexneri, etc.)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella typhi</i>	<input type="checkbox"/> Typus
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken
<input type="checkbox"/> Kopflausbefall		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

<b>3.</b>	<b>Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer der betroffenen Person(en):</b>
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Weitere Meldefälle bitte auf der Rückseite eintragen!

<b>Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer der betroffenen Person(en):</b>	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	
15)	