

**Meldeformular für Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen  
(Alten-/Pflegeheime, Behindertenheime, Obdachlosenunterkünfte, Asylbewerber-/Flüchtlingsheime)  
gem. § 35,36 IfSG**

Gesundheitsamt Düren

**Neuerkrankungen** laufend (arbeitstäglich) ergänzen

|  |                      |  |
|--|----------------------|--|
| An<br>Kreisverwaltung Düren<br>– Gesundheitsamt –<br>Bismarckstr. 16<br>52351 Düren<br><br>Fax: 02421-22 18 22 32<br>Tel.: 02421-22 10 53 906<br>Email: infektionsschutz@kreis-dueren.de | Meldende Einrichtung |  |
|  | Straße, Nr.          |  |
|  | PLZ, Ort             |  |
|  | Telefon              |  |
|  | Fax                  |  |
|  | E-Mail               |  |
|  | Name des Meldenden   |  |
|  |                      |  |
|  | Datum                |  |

|  |   |                                   |   |                                    |
|--|---|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infekt. Gastroenteritis | <input type="checkbox"/> Skabies (Krätze) | <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige: |
|--|---|-----------------------------------|---|------------------------------------|

Dieser Meldebogen kann auch für die **Einzelfallerkrankung bei Skabies oder COVID-19** verwendet werden.

**Abkürzung für Symptome:** Durchfall (**D**), Erbrechen (**E**), Übelkeit (**Ü**), Fieber (**F**), Husten (**H**), Schnupfen (**S**), Geschmacksverlust (**GS**), Geruchsverlust (**GR**), Halsschmerzen (**HS**), Kopfschmerzen (**KS**), Gliederschmerzen (**GL**), Dyspnoe (**DP**)

| Nr. | Name, Vorname | Geburtsdatum | Straße, Nr. | PLZ Ort | Telefon | Wohnbereich | Erkrankungsbeginn | Symptome |
|-----|---------------|--------------|-------------|---------|---------|-------------|-------------------|----------|
| 1.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 2.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 3.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 4.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 5.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 6.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 7.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 8.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |
| 9.  |               |              |             |         |         |             |                   |          |

| <b>Nr.</b> | <b>Name, Vorname</b> | <b>Geburtsdatum</b> | <b>Straße, Nr.</b> | <b>PLZ Ort</b> | <b>Telefon</b> | <b>Wohnbereich</b> | <b>Erkrankungsbeginn</b> | <b>Symptome</b> |
|------------|----------------------|---------------------|--------------------|----------------|----------------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| 10.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 11.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 12.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 13.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 14.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 15.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 16.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 17.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 18.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 19.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 20.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 21.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 22.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 23.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 24.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 25.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 26.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 27.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 28.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 29.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 30.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 31.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 32.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 33.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |
| 34.        |                      |                     |                    |                |                |                    |                          |                 |