



Meldung nach §34 Infektionsschutzgesetz Fax: 07461 / 926-4286

Ansprechpartner: Herr Wilhelmi 07461 / 926 - 4207, Herr Krafft 07461/ 926 - 4211

Meldedatum: <input type="text"/>	
meldende Einrichtung:	meldende Person:
_____ Adresse: Telefon: Fax:	
<input type="radio"/> Kinderkrippe <input type="radio"/> Kindergarten <input type="radio"/> Schule <input type="radio"/> Wohnheim/gruppe <input type="radio"/> Kinderheim	
betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: <u>Liste</u> !)	Geburtsdatum:
_____	_____
Adresse:	Telefon:
_____	_____
<input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Personal (Funktion ?): <input type="radio"/> Geschwisterkind / Familienangehörige/im gleichen Haushalt lebende Personen	

Erkrankung Kind / Personal • Zutreffendes bitte ankreuzen	Erreger -Ausscheidung	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b Meningitis <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (Borkenflechte) <input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="checkbox"/> ansteckende Lungentuberkulose <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken – Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose (Ruhr) <input type="checkbox"/> Skabies (Krätze) <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E <input type="checkbox"/> Verlausung-Kopflausbefall <input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae O1 und O139 <input type="checkbox"/> Corynebacterium spp., Toxin bildend <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E.coli, EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella Typhi <input type="checkbox"/> Salmonella Paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella sp	Zum Beispiel: Hand-Fuß-Mund-Krankheit Anzahl: _____ Erkrankung:

behandelnde/r Ärztin / Arzt oder Klinik:

Erkrankungsbeginn:

