

**Meldung nach § 34 Abs. 6 IfSG**

**Fax-Nr. des zuständigen Gesundheitsamtes:06051-85911677**

**Meldedatum:**

<b>Meldende Einrichtung</b>		<b>Meldende Person</b>	
Adresse	Telefon	Fax	
Krippe	Kindergarten	Kinderhort	Schule
			Kinderheim

<b>Betroffene Person:</b> Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste !) Geb.Datum		
Adresse	Telefon	Klasse/Gruppe
Kind	Personal (Funktion ?)	

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

<b>Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik</b>	<b>Erkrankungsbeginn</b>
<b>Besondere Problemlage</b>	

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

