

Meldung meldepflichtiger Krankheit gemäß § 34 IfSG

Gesundheitsamt – Team Gesundheitsschutz

Telefon: 05151 / 903-5555 Fax: 05151 / 903-5002

(Außerhalb der Dienstzeit an die Rettungsleitstelle Hameln-Pyrmont, Telefon: 05151 / 951000)

Meldedatum/-Uhrzeit: _____	
Meldende Einrichtung:	Meldende Person:
_____	_____
Adresse: _____	Telefon: _____ FAX: _____
<input type="checkbox"/> Kinder-Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Großtagespflege <input type="checkbox"/> Kinderhort <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim	

Betroffene Person: Name, Vorname (falls mehrere Personen betroffen: bitte Liste benutzen!)	
_____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	Telefon: _____
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?): _____	

Verdacht auf oder Erkrankung an Kind oder Personal	Ausscheidung von Erregern	Krankheit in <u>Wohngemeinschaft</u>
<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
<i>Mit * gekennzeichnete Erkrankungen bitte unverzüglich telefonisch melden!</i>		
<input type="checkbox"/> Cholera* <input type="checkbox"/> Diphtherie* <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform) <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren) <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, ansteckungsfähig <input type="checkbox"/> Masern* <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion* <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi) <input type="checkbox"/> Pest* <input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Scabies – Krätze <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion <input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr <input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi) <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Verlausung – Kopflausbefall	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae (Typ O 1 / O 139) <input type="checkbox"/> Corynebact. Spp., toxinbildend <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. Coli - EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ...)	<input type="checkbox"/> Cholera* <input type="checkbox"/> Diphtherie* <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber* <input type="checkbox"/> Haemophilus-Influenza <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, ansteckungsfähig <input type="checkbox"/> Masern* <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion* <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella paratyphi) <input type="checkbox"/> Pest* <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi) <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Windpocken

Die Erkrankung feststellende/r Ärztin/Arzt oder Klinik:	Erkrankungsbeginn:
_____	_____
Adresse: _____	Letzter Tag in der Einrichtung: _____
_____	Telefon: _____
besondere Problemlage:	

(Unterschrift)

