

Meldeformular für Kinder- und Jugend-Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich
Gesundheitsamt
- Infektionsschutz -
Neumayerstr. 10
67433 Neustadt/ Wstr.
Fax: 06322 / 961 - 7320

Meldende Einrichtung / Person:			
<i>Name der Einrichtung</i>			
<i>Straße und Hausnummer</i>			
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>		
<i>Meldender</i>		<i>Telefonnummer</i>	
<i>Datum:</i>			
<i>Tag Monat Jahr</i>			

Meldepflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung (Kind oder Personal)	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung (Kind oder Personal)	Erkrankung	Verdacht	Erregerausscheidung (Kind oder Personal)	Ausscheider
Cholera *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter jünger als 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>						
<u>Erkrankungshäufung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 oder mehr gleichartige schwerwiegende Erkrankungen (wenn als Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind). Erregername (falls bekannt):				
Erkrankung in der <u>Wohngemeinschaft</u> : <input type="checkbox"/> Erkrankung an <input type="checkbox"/> Verdacht auf folgende Erkrankung..... in der Wohngemeinschaft (betrifft nur die mit * markierten Erreger/ Krankheiten, z. B. Geschwisterkind, Vater, Mutter)							

Erkrankte/ krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____		
		<input type="checkbox"/> Weiblich	<i>Tag Monat Jahr</i>		
Hauptwohnsitz:					
<i>Straße und Hausnummer</i>	<i>PLZ</i>	<i>Wohnort</i>	<i>Telefon</i>		

Unterschrift / Stempel

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie weitere Personen auf S. 2 aufführen

Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen) _____

Weitere erkrankte/ krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				

Name _____	Vorname _____	<input type="checkbox"/> Männlich	Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> Erkrankung
		<input type="checkbox"/> Weiblich	Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> Verdacht
Hauptwohnsitz: _____				
Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Telefon				