

Meldebogen nach §34 Infektionsschutzgesetz für Gemeinschaftseinrichtungen, z. B. Kitas, Schulen etc.

Senden an amtsarzt@lkwafkb.de oder per Fax 05631/954-9490

Einrichtung

Meldende Einrichtung: _____ Datum: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Meldender Mitarbeiter: _____

Betroffene Person

Betroffene Person (Name, Vorname): _____ Geb.: _____

Adresse der Person: _____ Telefon: _____

Erkrankungsbeginn: _____ Kind? Personal?

Sachverhalt

Erkrankung Kind oder Personal (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> EHEC | <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Borkenflechte | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Läuse | <input type="checkbox"/> Typhus / Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A od. E | <input type="checkbox"/> Varizellen / Windpocken | <input type="checkbox"/> Krätze | |
| <input type="checkbox"/> Scharlach / Streptokokken-Infektion | | | |

Dauerausscheidung von Erregern (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Cholera-Erreger (Bakterium *Vibrio cholerae*, Typen 01 und 0139)
 Diphtherie-Erreger (Corynebakterium, toxinbildend)
 EHEC-Erreger (Bakterium *Escherichia coli*, enterohämorrhagisch)
 Typhus-Erreger (*Salmonella typhi* oder *paratyphi*)

Krankheit in der Wohngemeinschaft (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> EHEC |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis | <input type="checkbox"/> Offene Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Typhus / Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Shigellenruhr | <input type="checkbox"/> Hepatitis A. od. E | |

Behandelnder Arzt / Klinik: _____