

Meldeformular für Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG

Werra-Meißner-Kreis • Der Kreisausschuss • FB 5 Gesundheit, Verbraucherschutz und Veterinärwesen Luisenstraße 23 c 37269 Eschwege	Telefon: 05651 9592-0 Zentrale 05651 9592-32 Herr Wedekind Telefax: 05651 9592-77
---	---

Meldedatum: _____

Meldende Person: _____

Meldende Einrichtung: _____

Kindergarten, Schule ...

Adresse

Telefon/ Fax

Betroffene Person: _____

Name, Vorname

Geb. Datum

Adresse, Telefon (ggf. der Sorgeberechtigten)

	Erkrankung von Kind oder Personal	Dauerausscheidung von Erregern	Erkrankung in der Wohngemeinschaft
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enteritis (Durchfallform unter 6 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virales hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilus-B-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa – Borkenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungentuberkulose, offen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio-Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach-/ Streptoc.-pyog.-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shigellose – Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virushepatitis A und E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen – Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlausung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Erkrankungsbeginn: _____

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik: _____