

## Meldeformular nach § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Kindergemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kindergärten)

Meldende Einrichtung:

PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Fax	E-Mail
Meldende Person		Datum

Meldewoche

Zutreffendes bitte ankreuzen und Zahl der Fälle für Meldewoche angeben

Erkrankung Kind oder Personal	Zahl	Dauerausscheidung von Erregern	Zahl	Krankheit in der Wohngemeinschaft	Zahl
<input type="checkbox"/> Cholera	_____	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae Typen O 1 u. O 139 Vi	_____	<input type="checkbox"/> Cholera	_____
<input type="checkbox"/> Diphtherie	_____	<input type="checkbox"/> Corynebact. diphtheriae, toxinbildend	_____	<input type="checkbox"/> Diphtherie	_____
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spez. Durchfallform)	_____	<input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. Coli (EHEC)	_____	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spez. Durchfallform)	_____
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren)	_____				
<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber	_____			<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber	_____
<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis	_____			<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"/> Salmonella paratyphi	_____	<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"/> Paratyphus	_____			<input type="checkbox"/> Paratyphus	_____
<input type="checkbox"/> Pest	_____			<input type="checkbox"/> Pest	_____
<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung	_____			<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung	_____
<input type="checkbox"/> Krätze	_____				
<input type="checkbox"/> Scharlach-, Streptococcus-pyogenes-Infektionen	_____				
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	_____	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies	_____	<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	_____
<input type="checkbox"/> Typhus	_____	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	_____	<input type="checkbox"/> Typhus	_____
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E	_____			<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E	_____
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken	_____				
<input type="checkbox"/> Kopfläuse	_____				

Besondere Problemlage:

Erkrankungsbeginn:

getroffene Maßnahmen:

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_