

Meldung meldepflichtiger Krankheit gemäß § 34 IfSG

Gesundheitsamt – Team Gesundheitsschutz

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

E-Mail: infektionsschutz@hameln-pyrmont.de



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 (Gruppe-/Klasse): _____	

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"/> <i>Vibrio cholerae</i> (Typ O 1 / O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera*
<input type="checkbox"/> Diphtherie*	<input type="checkbox"/> <i>Corynebact. Spp.</i> , toxinbildend	<input type="checkbox"/> Diphtherie*
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> <i>Enterohämorrhagische E. Coli</i> - EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind 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-Influenza
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa - Borkenflechte		
<input type="checkbox"/> Keuchhusten		
<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, ansteckungsfähig		<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, ansteckungsfähig
<input type="checkbox"/> Masern*		<input type="checkbox"/> Masern*
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion*		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion*
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Paratyphus (<i>Salmonella paratyphi</i>)	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella paratyphi</i>	<input type="checkbox"/> Paratyphus (<i>Salmonella paratyphi</i>)
<input type="checkbox"/> Pest*		<input type="checkbox"/> Pest*
<input type="checkbox"/> Polio* - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Polio* - Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Scabies – Krätze		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Röteln		
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.- Infektion		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> <i>Shigella-Spezies</i> (boydii, flexneri, ...)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus (<i>Salmonella typhi</i>)	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella typhi</i>	<input type="checkbox"/> Typhus (<i>Salmonella typhi</i>)
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Windpocken		
<input type="checkbox"/> Verlausung – Kopflausbefall		<input type="checkbox"/> Windpocken

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

E-Mail senden

Unterschrift

(für Hilfe hier klicken)

