

# Meldung nach § 34 Abs. 6 IfSG – Benachrichtigungspflichtige Krankheiten

Landkreis Heidekreis - Fachbereich Gesundheit -  
 Dierkingstr. 19  
 29664 Walsrode  
 Fax : 05162/970-9136

		<b>Melddatum</b>	
<b>Meldende Einrichtung</b>		<b>meldende Person</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Telefon</b>	
Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Kinderhort <input type="checkbox"/> Kindertagespflege <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim <input type="checkbox"/>			

<b>Betroffene Person: Name, Vorname</b> (falls Mehrzahl: Liste!)		<b>Geb.-Datum</b>	
<b>Adresse</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Kind/Schüler:</b>		<b>Personal (Funktion):</b>	

<b>Erkrankung:</b> Kind oder Personal – Zutr. bitte oben ankreuzen ja <input type="checkbox"/>	<b>Dauerausscheidung von Erregern</b> ja <input type="checkbox"/>	<b>Krankheit in der Wohngemeinschaft</b> ja <input type="checkbox"/>
Cholera <input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae, Typho O 1 und O 139 <input type="checkbox"/>	Cholera <input type="checkbox"/>
Diphtherie <input type="checkbox"/>	Corynabact. diphtheriae, toxinbildend <input type="checkbox"/>	Diphtherie <input type="checkbox"/>
EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform) <input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagische E. Coli EHEC <input type="checkbox"/>	EHEC – Enteritis <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"/>		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"/>	Salmonella paratyphi <input type="checkbox"/>	Paratyphus <input type="checkbox"/>
Pest <input type="checkbox"/>		Pest <input type="checkbox"/>
Polio – Kinderlähmung <input type="checkbox"/>		Polio <input type="checkbox"/>
Röteln <input type="checkbox"/>		Röteln <input type="checkbox"/>
Scabies - Krätze <input type="checkbox"/>		
Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion <input type="checkbox"/>	Shigella-Spezies ( boydii, flexneri.) <input type="checkbox"/>	Shigellose <input type="checkbox"/>
Shigellose – Ruhr <input type="checkbox"/>	Salmonella typhi <input type="checkbox"/>	Typhus <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"/>		Varizellen - Windpocken <input type="checkbox"/>
Verlausung <input type="checkbox"/>		

<b>letzter Besuchs-/Arbeitstag</b>	<b>Erkrankungsbeginn</b>
<b>Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik</b>	
<b>Besondere Problemlage/Bemerkungen</b>	

Ort, Datum

Unterschrift