

Muster: Meldung nach § 34 Abs. 6 IfSG

Fax-Nr. des örtlich zuständigen Gesundheitsamtes:

Meldedatum

Meldende Einrichtung		Meldende Person	
_____ Adresse		_____ Telefon	_____ Fax
<input type="checkbox"/> Krippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste !) Geb.Datum	

_____ Adresse	_____ Telefon

<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?):

Erkrankung Kind oder Personal Zutreffendes bitte ankreuzen	Dauerausscheidung von Erregern	Krankheit in der Wohnge- meinschaft
<input type="checkbox"/> Cholera*	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139	<input type="checkbox"/> Cholera*
<input type="checkbox"/> Diphtherie*	<input type="checkbox"/> Corynebact. 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 Fie- ber*
<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 (Salmonella paratyphi)	<input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi (Paratyphus	<input type="checkbox"/> Paratyphus (Salmonella para- typhi)
<input type="checkbox"/> Pest*		<input type="checkbox"/> Pest*
<input type="checkbox"/> Polio – Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Krätze		
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen		
<input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri,...)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi)	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi (Typhus))	<input type="checkbox"/> Typhus (Salmonella typhi)
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		
<input type="checkbox"/> Verlausung		

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	Erkrankungsbeginn
_____	_____
Besondere Problemlage	

(Unterschrift)

Musterbeispiel des Gesundheitsamtes Frankfurt