

Meldung einer übertragbaren Krankheit

gem. § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

An:

Fachdienst Gesundheitsdienste
Gesundheitsamt
Kaiserstraße 8
24768 Rendsburg

Tel.: 04331/202-560

Fax: 04331/202-604

E-Mail: infektionsschutz@kreis-rd.de

A YXYbXY9]bf]W hi b[.

Name:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:

DYfgcbYbXUHb'XYg'9f fUb hYb.

Name:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Telefon:
PLZ / Ort:	
Klasse / Gruppe:	Letzter Besuchstag in der Einrichtung:

8]Y'DYfgcb'leidet an einer der folgenden '9f_fUb_i b[Yb'oder ist dessen 'j YfX} W h[

Cholera	<input type="checkbox"/>	Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>
EHEC-Infektionen	<input type="checkbox"/>	Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	Shigellose	<input type="checkbox"/>
Virusbedingtem haemorrh. Fieber	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>
Ansteckende Borkflechte	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>		
Kopfläuse	<input type="checkbox"/>	Krätze (Skabies)	<input type="checkbox"/>	in der Einrichtung sind in den letzten sechs Wochen weitere Krätzefälle aufgetreten <input type="checkbox"/>	

scheidet einen der folgenden ?fUb_ \ Y]hgYffY[Yf aus

Cholera-Erreger	<input type="checkbox"/>	EHEC-Infektion	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Diphtherie-Erreger	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>	Shigellen	<input type="checkbox"/>

gehört zur K c\ b[Ya Y]bgW UZneiner Person, die an einer der folgenden 9f_fUb_i b[Yb leidet oder dessen j YfX} W h[ist

Cholera	<input type="checkbox"/>	Meningokokken-Meningitis	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose (Lunge)	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>
EHEC-Infektion	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	Shigellose	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	Virusämorrhag. Fieber	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>

'leidet an einer gleichartigen schwerwiegenden ~ VYfU[VUfYb'9f_fUb_i b[die gehäuft fa Y f'Ug'Y]bYfL in der 9]bf]W hi b[aufgetreten ist (Bitte Listung weiterer Betroffener beifügen)

'besucht derzeit b]W hdie Einrichtung

'besucht mit Ni gh]a a i b['XYg'; Ygi bXl Y]hgUa hYg die Einrichtung

besucht die Einrichtung, da bUW ' } fnh]W Ya 'l fhY'Y]bY'K Y]hfj YfVfY]hi b['XYf'9f_fUb_i b[' nicht zu befürchten ist

Bemerkungen:

.

.

Datum:

.....