

# 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"/> | COVID-19   | <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 h die 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:

.....