

Meldung einer übertragbaren Krankheit

gem. § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

An:

Fachdienst Gesundheitsdienste
Gesundheitsamt
Kaiserstraße 8
24768 Rendsburg

Tel.: 04331/202-560 oder -595

Fax: 04331/202-604

E-Mail: infektionsschutz@kreis-rd.de

Meldende Einrichtung:

Name:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:

Personendaten des Erkrankten:

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

Die Person leidet an einer der folgenden **Erkrankungen** oder ist dessen **verdächtig**

Cholera <input type="checkbox"/>	Lungenuberkulose <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 influenza <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 **Krankheitserreger** 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 **Wohngemeinschaft** einer Person, die an einer der folgenden **Erkrankungen** leidet oder dessen **verdächtig** 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"/>	Virus hämorrhag. Fieber <input type="checkbox"/>
Masern <input type="checkbox"/>	Poliomyelitis <input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E <input type="checkbox"/>

leidet an einer gleichartigen schwerwiegenden **übertragbaren Erkrankung** die gehäuft (**mehr als einer**) in der **Einrichtung** aufgetreten ist (Bitte Listung weiterer Betroffener beifügen)

besucht derzeit **nicht** die Einrichtung

besucht mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** die Einrichtung

besucht die Einrichtung, da **nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung** nicht zu befürchten ist

Bemerkungen: