

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflicht gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG) u. Landesverordnung zur Erweiterung der Meldepflicht für Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 33 IfSG

Kind/ Schüler/ Beschäftigte/r Name, _____,	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich Vorname _____	<input type="checkbox"/> weiblich geb. am: _____
Strasse _____	Ortsteil _____	Telefon ¹⁾ : Vorwahl/ Tel.-Nr. _____
PLZ _____	Ort _____	_____
¹⁾ Telefonnummer bitte eintragen		

<input type="checkbox"/> Borkenflechte, ansteckende (Impetigo contagiosa)	<input type="checkbox"/> Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/> infektiöse Gastroenteritis (Durchfall, Erbrechen) bei Kindern unter 6 Jahren Erreger (falls bekannt) <input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen z.B. Hand-Fuß-Mund-Erkrankung (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit Art der Erkrankung / ggf. Erreger
<input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchusten)	<input type="checkbox"/> Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektion	
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)	
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Gürtelrose (Herpes Zoster)	
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Kopfläuse (Erstbefall)	
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/> Kopfläuse (wiederholt innerhalb 4 Wochen)	

Bemerkungen:
Sonstige Erkrankungen gem § 34 IfSG: (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis (Hib)	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Ansteckende Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Enteritis durch enteroämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis
<input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF)	<input type="checkbox"/> Pest	<input type="checkbox"/> Virushepatitis (A, E)

Stationäre Behandlung: Ja: nein:
wenn ja; wo (falls bekannt): _____

Datum des letzten Besuches der Einrichtung: _____

Sonstiges: _____

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes Landkreis Oder-Spree Gesundheitsamt Breitscheidstraße 7 15848 Beeskow Fax.: 03366 – 35 2298 Email: hygiene@l-os.de	Datum des Eingangs der Meldung in der Einrichtung:	Adresse und Telefonnummer, e-Mail-Adresse (Stempel) der meldenden Person/ Gemeinshafteinrichtung):