

Meldeformular nach § 34 IfSG für Kinder- und Jugendeinrichtungen

Melddatum: _____

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!)				Geburtsdatum
Adresse				Telefon
<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Personal (Funktion):			
Erkrankung Kind oder Personal Zutreffendes bitte ankreuzen!		Dauerausscheidung von Erregern		Krankheit in der Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis(spezielle Durchfallform) <input type="checkbox"/> Enteritis(Durchfall unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <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"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Polio – Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Skabies (Krätze) <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen <input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Varizellen – Windpocken <input type="checkbox"/> Verlausion <input type="checkbox"/> Gehäuftes Auftreten anderer schwerwiegender Erkrankungen (z.B. ansteckende Bindehautentzündung)		<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139 <input type="checkbox"/> Corynebact. diphtheriae, toxinbildend <input type="checkbox"/> Enterohämorrhagische E. Coli EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri,...) <input type="checkbox"/> Salmonella typhi		<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik				Erkrankungsbeginn
Besondere Problemlage				

(Unterschrift)

Urschriftlich zurück an

Bundesstadt Bonn
 - Gesundheitsamt-
 Abteilung 53-4
 Engeltalstraße 6
 53103 Bonn

Telefon 0228 - 77 38 03
 Fax 0228 - 77 32 55