

„Meldeformular übertragbare Krankheiten nach § 34 IfSG“
 Meldung an das zuständige Gesundheitsamt (siehe Anlage 4)

Name der Schule:	
Anschrift:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Meldende Person:	
Schultyp:	

Betroffene Person (Bei Erkrankung oder Verdacht - für jede Person ein neues Blatt ausfüllen !)

Name, Vorname	Geschlecht (m/w)	Geburtsdatum	Anschrift	Telefon	Der Einrichtung gemeldet am:

Kind/Personal (Schule)
 (Erkrankung/Verdacht)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Kopflausbefall |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken |
| <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spez. Durchfallform) | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E |
| <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren) | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber | <input type="checkbox"/> Shigellose – Ruhr |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis | <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa Borkenflechte | <input type="checkbox"/> Krätze |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis | <input type="checkbox"/> Mumps |

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder Klinik:	Erkrankungsbeginn:
Besonderheiten:	
Unterschrift	