

Meldung nach § 34 IfSG

– Gesundheitsamt –
Kreis Warendorf



02581-53-5361 / 5362 / 5363 / 5364

Fax 02581-53-5399

Meldedatum:

meldende Einrichtung:	meldende Person:			
Adresse:	Telefon:	Fax:		
<input type="checkbox"/> Kinder-Krippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Kinderheim

betroffene Person:	Geburtsdatum:	
Adresse:	Telefon:	Fax:
<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Personal (Funktion?)	

<u>Erkrankung Kind / Personal</u>	<u>Erreger-Ausscheidung</u>	<u>Krankheit in Wohngemeinschaft</u>
Zutreffendes bitte ankreuzen		
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> (Typ O 1 / O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> <i>Corynebact. diphtheriae</i> , toxinbildend	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E. Coli - EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren)		<input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber		<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis
<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"/> Lungen-Tuberkulose, offen
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella paratyphi</i>	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Krätze		
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> <i>Shigella</i> -Spezies (boydii, flexneri, ...)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella typhi</i>	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		
<input type="checkbox"/> Verlausung - Kopflausbefall		

behandelnde/r Ärztin/Arzt oder Klinik:

Erkrankungsbeginn:

besondere Problemlage

(Unterschrift)

