**Meldung nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**Gesundheitsamt Rotenburg(W.)  Gesundheitsamt Nebenst. Bremervörde**

**Bahnhofstr. 15 Amtsallee 4**

# 27356 Rotenburg(W) 27432 Bremervörde

# Tel.: 04281/983-3203 Tel.: 04761/983-5209

**Fax: 04261/983-883248 Fax: 04761/983-883248**

**Meldende Einrichtung: Meldende Person:**

**Telefon: Fax:**

**Krippe**  **Kindergarten**  **Kinderhort**  **Schule**  **Kinderheim**  **sonstige**

**Betroffene Person:** Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste!) **Geb. Datum:**

**Adresse: Telefon:**

**Kind**  **Personal (Funktion?):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erkrankung Kind oder Personal**  Zutreffendes bitte ankreuzen | **Dauerausscheidung von Erregern** | **Krankheit in der Wohngemeinschaft** |
| **Cholera** | **Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139** | **Cholera** |
| **Diphtherie** | **Corynebact. diphtheriae, toxinbildend** | **Diphtherie** |
| **EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)** | **Enterohämorrhagische E. Coli EHEC** | **EHEC-Enteritis** |
| **Enteritis (Durchfall unter 6 Jahren)** |  |  |
| **Virales hämorrhagisches Fieber** |  | **Virales hämorrhagisches Fieber** |
| **Haemophilus influenza Typ b-Meningitis** |  | **Haemophilus Typ-b-Meningitis** |
| **Impetigo contagiosa - Borkenflechte** |  |  |
| **Keuchhusten (Pertussis)** |  |  |
| **ansteckungsfähige Lungen-Tuberkulose** |  | **Lungen-Tuberkulose, offen** |
| **Masern** |  | **Masern** |
| **Meningokokken-Meningitis** |  | **Meningokokken-Meningitis** |
| **Mumps** |  | **Mumps** |
| **Paratyphus (Salmonella paratyphi)** | **Salmonella paratyphi** | **Paratyphus** |
| **Pest** |  | **Pest** |
| **Poliomyelitis (Kinderlähmung)**  **Röteln** |  | **Poliomyelitis (Kinderlähmung)**  **Röteln** |
| **Krätze** |  |  |
| **Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen** |  |  |
| **Shigellose - Ruhr** | **Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ..)** | **Shigellose** |
| **Typhus abdominales** | **Salmonella typhi** | **Typhus abdominales** |
| **Virushepatitis A und E** |  | **Virushepatitis A und E** |
| **Varizellen – Windpocken** |  | **Varizellen - Windpocken** |
| **Verlausung** |  |  |

**Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik: Erkrankungsbeginn:**

**Meldedatum:**