

Meldeformular

- Vertraulich -

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

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

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

Bemerkungen:
Sonstige Erkrankungen gem § 34 IfSG: *[bitte auswählen – gilt zum ausfüllen im Computer]*
 Cholera, Diphtherie, Enteritis durch enteroämorrhagische E.coli (EHEC), virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF), Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis (Hib), Ansteckende Lungentuberkulose, Paratyphus, Pest, Poliomyelitis (Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt, Shigellose, Typhus abdominalis, Virushepatitis (A, E), *[Bitte zutreffendes unterstreichen – gilt beim Ausfüllen per Hand]*

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 Dahme-Spreewald Gesundheitsamt Schulweg 1B 15711 Königs Wusterhausen Tel.:03546 20-1762 o. 03375 26-1762 Fax:03546 20-1779 o. 03375 26-1779 Gesundheitsamt@dahme-spreewald.de	Datum des Eingangs der Meldung in der Einrichtung:	Adresse und Telefonnummer, e-Mail-Adresse (Stempel) der meldenden Person/ Gemeinschaftseinrichtung):
	Datum der Meldung an das Gesundheitsamt:	