

Meldeformular nach § 34 IfSG für Kindereinrichtungen

Gesundheitsamt der KV Bad Dürkheim, Neumayerstr. 10, 67433 Neustadt
Fax-Nr. 06322/961-7320

	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 !)	Geb.Datum
_____	_____
Adresse	Telefon
_____	_____
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?):	

Erkrankung Kind oder Personal	Dauerausscheidung von Erregern	Krankheit in der Wohngemeinschaft
<small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small>		
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und O 139	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Corynebact. diphtheriae, 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 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"/> Salmonella paratyphi	<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.-Infektionen		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ..)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<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"/> Verlausion		

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik	Erkrankungsbeginn
_____	_____
Besondere Problemlage	

(Unterschrift)