

Meldeformular für Gemeinschaftseinrichtungen

Meldepflicht gemäß § 34 Absatz 6 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich!

**Landeshauptstadt Kiel
Amt für Gesundheit
- Infektionsschutz -
Fleethörn 18-24**

24103 Kiel

Infektionsschutz@kiel.de

0431 / 901 - 21 08
Telefon

0431 / 901 - 6 21 08
Telefax

Meldende Einrichtung

Name der Einrichtung

Anschrift

Leiterin / Leiter der Einrichtung

Telefonnummer

in

Postleitzahl

Bei

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

soweit abweichend, Name, Adresse und Telefon der / des Erziehungsberechtigten

Besuch der Einrichtung bis zum: _____

wurde folgende Krankheit am _____

festgestellt

der Verdacht geäußert

durch _____

(z.B. Kinderarzt)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Borkenflechte (Impetigo contagiosa) | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Brechdurchfall (infektiöse Gastroenteritis), <u>bis 6 Jahre</u> | <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | <input type="checkbox"/> Ruhr (Shigellose) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach, Streptokokken-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis) | <input type="checkbox"/> Typhus, Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Kopflausbefall | <input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrh. Fieber |
| <input type="checkbox"/> Krätze (Scabies) | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E |
| <input type="checkbox"/> Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> zeitgleich 2 oder mehr Fälle
einer sonstigen Infektionserkrankung: _____ | |

Sollten mehrere Personen zeitgleich von derselben Krankheit betroffen sein, füllen Sie bitte dieses Formular nur für den ersten Fall aus und geben die übrigen Namen, Geburtsdaten, Anschriften und Telefonnummern mit dem Erkrankungsdatum auf einem Extrabogen an.

Es wird um Rückruf des Gesundheitsamtes gebeten unter der Nummer: _____

Datum

Name, Unterschrift der meldenden Person