Meldung von Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Per Telefax an 04821 / 69-552 oder, falls kein Fax-Gerät vorh., telefonisch an 04821 / 69-348

An
Kreis Steinburg
Gesundheitsamt
Abteilung Infektionsschutz
Postfach 1632

25506 Itzehoe

Absender der Meldung:

.....
(Kinderkrippe,-garten, -hort, Schule, Ferienlager, sonstige Gemeinschaftseinrichtung, in der überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden)

.....
Straße und Hausnummer

|__|__|__|__|__| .....
PLZ Ort

....
Meldende (r) Telefonnummer

Angaben zur Person:

Name: .....Vorname: .....

❍ Männlich
❍ Weiblich

Geburtsdatum: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: .....|__|__|__|__|__| .....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Letzter Tag in der Einrichtung: |__|__|/|__|__|/|2|0|__|__| Falls bekannt, behandelnder Arzt: _____

Einweisung in ein Krankenhaus _____
Name, Ort

1 : Verdacht oder gesicherte Diagnose der Infektionskrankheit (§ 34, 1)
2 : Nachweis eines der 6 Krankheitserreger *(kursiv)*, ohne dass Krankheitszeichen bestehen (§ 34, 2)
3 : Ärztliche Diagnose der Infektionskrankheit in der Wohngemeinschaft der oben angegebenen Person (§ 34, 3)

Erkrankung / *(Erreger)*	**1**	**2**	**3**
Keuchhusten	❍		
Scharlach	❍		
Windpocken	❍		
Kopflausbefall	❍		
Krätze (Skabies)	❍		
Ansteckende Borkenflechte (Impetigo)	❍		
Masern	❍		❍
Mumps	❍		❍
akute Hepatitis A	❍		❍
akute Hepatitis E	❍		❍
Hirnhautentzündung (Haemophilus influenzae)	❍		❍
Ansteckungsfähige Lungentuberkulose	❍		❍
Akute Gastroenteritis (unter 6 Jahren) Erreger:	❍		
Akute Gastroenteritis durch EHEC *(enterohaemorrhagische E.-coli)* einschl. HUS	❍	❍	❍
Akute Gastroenteritis durch Shigellen	❍	❍	❍
Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen, als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind	❍		

Erkrankung / *(Erreger)*	**1**	**2**	**3**
Cholera *(Vibrio cholerae)*	❍	❍	❍
Diphtherie *(Corynebacterium diphtheriae, toxinbildend)*	❍	❍	❍
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	❍		❍
Meningokokken-Infektion	❍		❍
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	❍		❍
Pest	❍		❍
Typhus abdominalis *(Salmonella Typhi)*	❍	❍	❍
Paratyphus *(Salmonella Paratyphi)*	❍	❍	❍

Bemerkung: .....

.....

Datum .....

Unterschrift .....