Meldeformular – vertraulich-
nach § 34 IfSG für Kindereinrichtungen

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße
Gesundheitsamt, Arzheimer Straße 1, 76829 Landau
Telefon: (06341) 940-622, Fax: (06341) 940-512

Angaben zur betroffenen Person (bei mehreren betroffenen Personen, Meldeliste „Ausbruch/Häufung“ verwenden):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ weiblich ☐ männlich Erkrankungsbeginn: _____

Adresse: _____ Letzter Tag in der Einrichtung: _____

_____ Telefon: _____

Behandelnder Arzt: _____
Name, Adresse, Telefon

Verdacht/Erkrankung von ☐ Kind ☐ Personal	**Ausscheidung von Krankheitserregern** ☐ Kind ☐ Personal	**Verdacht/Erkrankung in der Wohngemeinschaft des** ☐ Kindes ☐ Personals
☐ Ansteckende Borkenflechte (Impetigo Contagiosa)	☐ Cholera-Bakterien	☐ Ansteckungsfähige Lungen-Tuberkulose
☐ Ansteckender, von Bakterien oder Viren verursachte Durchfall und/oder Erbrechen bei Kindern bis zum 6.Geburtstag	☐ Diphtherie-Bakterien (Toxin-bildendes Corynebakterium diphtheriae)	☐ Cholera
☐ Ansteckungsfähige Tuberkulose der Lunge	☐ EHEC-Bakterien	☐ Darmentzündung (Enteritis) durch EHEC-Bakterien
☐ Cholera	☐ Typhus-Bakterien (Salmonella typhi/paratyphil)	☐ Diphtherie
☐ Darmentzündung (Enteritis), durch EHEC verursacht	☐ Shigella-Bakterien	☐ Hepatitis A
☐ Diphtherie		☐ Hepatitis E
☐ Hepatitis A		☐ Hirnhautentzündung
☐ Hepatitis E		☐ Kinderlähmung (Polio)
☐ Hirnhautentzündung		☐ Masern
☐ Keuchhusten (Pertussis)		☐ Meningokokken-Infektion
☐ Kinderlähmung (Polio)		☐ Mumps
☐ Kopflaus-Befall		☐ Pest
☐ Krätze (Scabies)		☐ Röteln
☐ Masern		☐ Ruhr (Shigellose)
☐ Meningokokken-Infektion		☐ Typhus/ Paratyphus
☐ Mumps		☐ Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
☐ Pest		☐ Windpocken (Varizellen)
☐ Röteln		
☐ Ruhr (Shigellose)		
☐ Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium Streptococcus pyogenes		
☐ Typhus / Paratyphus		
☐ Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)		
☐ Windpocken (Varizellen)		

Meldung durch:

_____
Name der Einrichtung

_____
Adresse

_____
Telefon

_____
Name der meldenden Person Unterschrift

Meldeliste

Ausbruch/Häufung in Kindereinrichtungen

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße, Gesundheitsamt – Telefon 06341/940 622 – FAX 06341/940 512 – E-Mail: gesundheitsamt@suedliche-weinstrasse.de

Meldende Einrichtung:	**Anzahl der Betreuungsplätze:**	**Händedesinfektionsmittel:**
Meldende Person/Telefon/Fax/E-Mail:	**Datum:**	**Flächendesinfektionsmittel/Dosierung:**

*)Bitte ausfüllen, wenn Angaben erhältlich

Nr.	**Angaben zu betroffenen Personen**					**Erkrankung bzw. Symptomatik**	**Kinderarzt/Hausarzt***
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, telefonische Erreichbarkeit	Zutreffendes bitte ankreuzen: Kind	Zutreffendes bitte ankreuzen: Personal	letzter Tag in der Einrichtung	Erkrankungs-beginn*		

Meldeliste

Ausbruch/Häufung in Kindereinrichtungen

Nr.	Angaben zu betroffenen Personen					Erkrankung bzw. Symptomatik	Kinderarzt/Hausarzt*
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, telefonische Erreichbarkeit	Zutreffendes bitte ankreuzen:		letzter Tag in der Einrichtung	Erkrankungs-beginn*		
		Kind	Personal				