Meldung von Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Per Telefax an 04821 / 699-348 oder, falls kein Fax-Gerät vorh., telefonisch an 04821 / 69-348 / 349 / 753

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

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

Letzter Tag in der Einrichtung: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 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 .....