

# Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflicht gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG) u. Landesverordnung zur Erweiterung der Meldepflicht für Gemeinschaftseinrichtungen gem. § 33 IfSG

Kind/ Schüler/ Beschäftigte/r Name, ,	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich geb. am:
Strasse	Ortsteil	Telefon <sup>1)</sup> : Vorwahl/ Tel.-Nr.
PLZ	Ort	
<sup>1)</sup> Telefonnummer bitte eintragen		

<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende <b>Borkenflechte</b> )	<input type="checkbox"/> Scabies ( <b>Krätze</b> )	<input type="checkbox"/> <b>infektiöse Gastroenteritis (Durchfall, Erbrechen) bei Kindern unter 6 Jahren</b> <b>Erreger</b> <sup>2)</sup> :
<input type="checkbox"/> Pertussis ( <b>Keuchusten</b> )	<input type="checkbox"/> <b>Scharlach</b> oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektion	<input type="checkbox"/> <b>Häufung anderer Erkrankungen</b> (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit Art der Erkrankung / Erreger <sup>2)</sup> :  <sup>2)</sup> falls bekannt
<input type="checkbox"/> <b>Masern</b>	<input type="checkbox"/> <b>Windpocken (Varizellen)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Mumps</b>	<input type="checkbox"/> <b>Gürtelrose (Herpes Zoster)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Röteln</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kopfläuse (Erstbefall)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Meningokokken-Infektion</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kopfläuse (wiederholt innerhalb 4 Wochen)</b>	

**Bemerkungen:**  
**Sonstige Erkrankungen gem § 34 IfSG:** *[bitte auswählen – gilt zum ausfüllen im Computer]*  
 Cholera, Diphtherie, Enteritis durch enteroämorrhagische E.coli (EHEC), virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (VHF), Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis (Hib), Ansteckende Lungentuberkulose, Paratyphus, Pest, Poliomyelitis (Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt, Shigellose, Typhus abdominalis, Virushepatitis (A, E), *[ Bitte zutreffendes unterstreichen – gilt beim Ausfüllen per Hand]*

**Stationäre Behandlung:** Ja:  nein:   
**wenn ja; wo (falls bekannt):**

**Datum des letzten Besuches der Einrichtung:**

**Sonstiges:**

**► unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes <b>Landkreis Dahme-Spreewald</b> <b>Gesundheitsamt</b> <b>Beethovenweg 14</b> <b>15907 Lübben (Spreewald)</b> Tel.:03546 – 20-1780 o. 03375- 26- 1780 Fax:03546 – 20-1779 o. 03375- 26- 1779 Gesundheitsamt@dahme-spreewald.de	<b>Datum des Eingangs der Meldung in der Einrichtung:</b>	Adresse und Telefonnummer, e-Mail-Adresse (Stempel) der <b>meldenden Person/</b> Gemeinschaftseinrichtung):
	<b>Datum der Meldung an das Gesundheitsamt:</b>	