

Meldung nach § 34 IfSG

Region Hannover / Fachbereich Gesundheit

Fax 0511 / 616-48576

⇒ ☎ 0511 / 616- 42815 (Frau Ebert), -43697 (Frau Stahlfeld), -46901 (Frau Wrubel)

In dringenden Fällen außerhalb der Dienstzeit sind wir telefonisch erreichbar über die
Rettungsleitstelle Hannover:

⇒ ☎ 0511/ 19222

Meldedatum:

meldende Einrichtung:	meldende Person:
Adresse: _____	Telefon: _____ FAX: _____
<input type="checkbox"/> Kinder-Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim

betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: <u>Liste</u> !)	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	Telefon: _____
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?):	

<u>Erkrankung Kind / Personal</u> <small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	<u>Erreger-Ausscheidung</u>	<u>Krankheit in Wohngemeinschaft</u>
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae (Typ O 1 / O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Corynebact. diphtheriae , toxinbildend	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E. Coli - EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren)		<input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber		<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis
<input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis		
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa - Borkenflechte		
<input type="checkbox"/> Keuchhusten		<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose , offen
<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose , offen		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Paratyphus		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung		
<input type="checkbox"/> Krätze	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ...)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Typhus		
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		
<input type="checkbox"/> Verlausung - Kopflausbefall		

behandelnde/r Ärztin/Arzt oder Klinik:	Erkrankungsbeginn:
_____	_____
besondere Problemlage:	

(Unterschrift)

