

# Meldung nach § 34 IfSG



Region Hannover / Fachbereich Gesundheit

⇒ ☎ 0511 / 616- 43697 Frau Aschoff - 42815 Frau Ebert

Rettingsleitstelle Hannover: ⇒ ☎ 0511/ 19222

Region Hannover

Fax 0511 / 616-48576

Meldedatum:

<b>Meldende Einrichtung:</b>  Adresse:  E-Mail:	<b>Meldende Person:</b>  Telefon:  Fax:
<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> Großtagespflege <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim	

<b>Betroffene Person:</b> Name, Vorname (falls Mehrzahl: <u>Liste</u> ausfüllen)	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefon:
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion):	

Erkrankung Kind / Personal	Erreger-Ausscheidung	Krankheit in <u>Wohngemeinschaft</u>
Zutreffendes bitte ankreuzen		
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> (Typ O 1 / O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> <i>Corynebact. Diphtheriae</i> (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"/> Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall /Erbrechen, Kind unter 6 Jahren)		<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber		<input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis
<input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis		
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa - Borkenflechte		
<input type="checkbox"/> Keuchhusten - Pertussis		
<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig)		<input type="checkbox"/> Lungen-Tbc (ansteckungsfähig)
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella paratyphi</i>	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis – Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Krätze - Skabies Bitte Skabies-Meldeformular benutzen		
<input type="checkbox"/> Scharlach oder Streptoc.-pyog.-Infektion		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> <i>Shigella</i> -Spezies (boydii, flexneri, etc.)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella typhi</i>	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken
<input type="checkbox"/> Kopflausbefall		

<b>Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik:</b>  _____	<b>Erkrankungsbeginn:</b>  _____
<b>besondere Problemlage:</b>  _____ _____	

(Unterschrift)

Name, Vorname	Geburtsdatum	♀ ♂	Telefon	Adresse	Haus-/Kinderarzt