

*Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen (möglichst am PC)!*

Meldedatum

<b>Meldende Einrichtung – Adresse</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>meldende Person</b> <input type="text"/>  Telefon <input type="text"/>  Fax <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Kinderhort <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim	

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

Erkrankung Kind oder Personal Zutreffendes bitte ankreuzen	Dauerausscheidung von Erregern	Krankheit in der Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae, Typen O 1 und 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 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"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Krätze		
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektionen		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, ..)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<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"/> Verlausung		

<b>Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik</b> <input type="text"/>	<b>Erkrankungsbeginn</b> <input type="text"/>
<b>Besondere Problemlage</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Unterschrift/  
Name der meldenden Person