

## Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

**Gesundheitsamt  
Bremerhaven  
Wurster Straße 49  
27580 Bremerhaven**

Telefon	Telefax
<b>590 2282</b>	<b>590 30 50</b>
<b>590 2272</b>	
<b>590 2968</b>	
<b>590 2638</b>	

<b>Meldende Einrichtung</b>
Name der Einrichtung
Anschrift
Leiter(in) der Einrichtung
Tel.-Nr.

Krippe   
  Kita   
  Hort   
  Schule

Bei

Name, Vorname	geb. am
Adresse	Telefon

soweit abweichend, Name, Adresse u. Telefon der/des Erziehungsberechtigten

**Besuch der Einrichtung bis zum:** \_\_\_\_\_

**wurde folgende Krankheit am** \_\_\_\_\_  festgestellt  
 der Verdacht geäußert

durch \_\_\_\_\_ (z. B. Kinderarzt)

Sind weitere Kinder oder Mitarbeiter erkrankt  nein  ja

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Borkenflechte, Impetigo contagiosa<br><input type="checkbox"/> Brechdurchfall (Infektiöse Gastroenteritis) <u>bis 6 Jahre</u><br><input type="checkbox"/> Cholera<br><input type="checkbox"/> Diphtherie<br><input type="checkbox"/> Enteritis d. enterohämorrhagische E. coli (EHEC)<br><input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis<br><input type="checkbox"/> Keuchhusten<br><input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis)<br><input type="checkbox"/> Krätze (Scabies)<br><input type="checkbox"/> Lungentuberkulose<br><input type="checkbox"/> <b>2 oder mehr Fälle einer unklaren Krankheit</b> | <input type="checkbox"/> Masern<br><input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion<br><input type="checkbox"/> Mumps<br><input type="checkbox"/> Ruhr (Shigellose)<br><input type="checkbox"/> Scharlach, Streptokokken-Infektion<br><input type="checkbox"/> Typhus, Paratyphus<br><input type="checkbox"/> virusbedingtes hämorrh. Fieber<br><input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E<br><input type="checkbox"/> Windpocken<br><input type="checkbox"/> Kopflausbefall |
|---|--|

Sollten mehrere Personen zeitgleich von derselben Krankheit betroffen sein, füllen Sie bitte dieses Formular nur für den ersten Fall aus und geben die übrigen Namen, Geburtsdaten und Anschriften auf einem Extrabogen an.

Diese Meldung erfolgt ausschließlich pflichtgemäß zur Kenntnisnahme.

Es wird um Rückruf des Gesundheitsamtes gebeten unter der Nummer:

Datum	Name, Unterschrift der meldenden Person
-------	---