

Meldung EINZELERKRANKUNG nach §34 IfSG durch Einrichtung nach §33 IfSG



LANDKREIS
REUTLINGEN

Kreisgesundheitsamt
St.-Wolfgang-Str. 13
72764 Reutlingen

Virtuelles Postfach:
<https://kreis-reutlingen.ftapi.com/submit/ifsg>
Fax: (07121) 480-1818/ -1817
Telefon: (07121) 480-4399

Einrichtung:

Name und Anschrift Einrichtung

.....
.....
.....
.....
.....

Name und Tel.Nr. Ansprechpartner(in)

Angaben zur erkrankten Person:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

weiblich
 männlich

.....
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

.....
E-Mail

.....
Telefonnummer

Erkrankung / **Verdacht** (bitte ankreuzen)

Erkrankungsbeginn:

Symptome:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Infekt (bei Kindern unter 6 Jahren) | <input type="checkbox"/> durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> EHEC - Enteritis | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | <input type="checkbox"/> Scharlach/ Streptokokkeninfektion |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | <input type="checkbox"/> Shigellose |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Skabies (Krätze) |
| <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis A oder E |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Kopfläuse |

zusätzlicher Hinweis:

- Die betroffene Person bleibt wegen ihrer Erkrankung (gemäß § 34 IfSG) zu Hause.
- Die betroffene Person wird mit Antibiotika behandelt.
- Der gemeldete Fall gehört zu einer Häufung von weiteren gleichartigen Erkrankungen innerhalb der letzten 7 Tage.
- Ein Aushang ist erfolgt.

.....
Datum

.....
Unterschrift der meldenden Person