

Meldung nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Gesundheitsamt Rotenburg(W.)
 Bahnhofstr. 15
 27356 Rotenburg(W)
 Tel.: 04261/983-3223
 Fax: 04261/983-3249
 E-mail: Gesundheitsamt@lk-row.de

Gesundheitsamt Nebenst. Bremervörde
 Amtsallee 4
 27432 Bremervörde
 Tel.: 04761/983-5209 / 5223
 Fax: 04761/983-5249
 E-mail: Gesundheitsamt@lk-row.de

Meldende Einrichtung: Schule am Grafel Süderstraße 25 27356 Rotenburg (Wümme)	Meldende Person: <hr/> Telefon: Fax: 04261-825870 04261-825871
<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Kinderhort <input checked="" type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim	

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste!)	Geb. Datum:
Adresse:	Telefon:
<input checked="" type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal (Funktion?):	

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 checked="" type="checkbox"/> Verlausung		

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik:	Erkrankungsbeginn:
Meldedatum:	