|  |
| --- |
| **Allgemeine Angaben zur Einrichtung** |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon: |  |
| Meldung durch (Name / Funktion) |  |
| Gesamtkinderzahl der Einrichtung |  |

|  |
| --- |
| Angaben zum Erkrankten / Krankheitsverdächtigen |
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon: |  |
| Meldeart: | [ ]  Verdacht [ ]  Erkrankung [ ] Ausscheider |
| Gemeldet am: |  |
| Ärtzlich bestätigt: | [ ]  Ja, am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Nein |
| Besucht zur Zeit die Einrichtung: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Derzeitiger Aufenthaltsort: |  |

**Wir haben Kenntnis erhalten von folgender Krankheit bei:**

[ ]  dem Kind/ Jugendlichen [ ]  Person aus der Wohngemeinschaft [ ]  dem /r Mitarbeiter/-in

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Cholera  | [ ]  Mumps |
| [ ]  Diphterie  | [ ]  Paratyphus |
| [ ]  durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten | [ ]  Pest |
| [ ]  Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)  | [ ]  Poliomyelitis (Kinderlähmung) |
| [ ]  virusbedingtes hämorrhagisches Fieber  | [ ]  Röteln |
| [ ]  Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis | [ ]  Skabies (Krätze) |
| [ ]  Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) | [ ]  Scharlach |
| [ ]  Keuchhusten | [ ]  Shigellose |
| [ ]  ansteckende Lungentuberkulose  | [ ]  Typhus abdominalis |
| [ ]  Masern | [ ]  Virushepatitis A oder E |
| [ ]  Meningokokken-Infektion  | [ ]  Windpocken (Varizellen) |
| [ ]  Kopflausbefall |  |

[ ]  **Häufung einer sonstigen Erkrankung, wenn Krankheitserreger als Ursache anzunehmen sind;**

 **Erkrankung bzw. vermutliche Erkrankung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Ist dies zutreffend, füllen Sie bitte die angehängte Tabelle für alle Betroffenen aus.