

Benachrichtigung gemäß § 34 (6) Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Unverzügliche Nachricht erforderlich! -

Landkreis Cloppenburg
 - Gesundheitsamt -
 Verwaltung/Gesundheitsaufsicht
 Eschstraße 29
 49661 Cloppenburg

Telefax: 04471/15-330

Name der Gemeinschaftseinrichtung (Stempel)	
Meldende/r	Telefonnummer
E-Mail	Meldedatum

1. Die Benachrichtigung betrifft

- Personal Kind

2.

<u>Erkrankung</u>	<u>Erreger-Ausscheidung</u>	<u>Krankheit in Wohngemeinschaften</u>
<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform) <input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall / Erbrechen, Kind unter 6 Jahren) <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa- Borkenflechte <input type="checkbox"/> Keuchhusten - Pertussis <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Krätze - Skabies Bitte Skabies-Meldeformular benutzen <input type="checkbox"/> Scharlach oder Streptoc.-pyog.-Infektion <input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr <input type="checkbox"/> Typus <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken <input type="checkbox"/> Kopflausbefall	<input type="checkbox"/> Vibrio cholerae (Typ O 1/ O 139) <input type="checkbox"/> Corynebact. Diphtheriae (toxinbildend) <input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E. Coli - EHEC <input type="checkbox"/> Salmonella paratyphi <input type="checkbox"/> Shigella-Spezies (boydii, flexneri, etc.) <input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis <input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis <input type="checkbox"/> Lungen-Tbc (ansteckungsfähig) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Typus <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken

3. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer der betroffenen Person(en):

1)
2)
3)
4)
5)

Weitere Meldefälle bitte auf der Rückseite eintragen!

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer der betroffenen Person(en):
6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)
13)
14)
15)