



Meldeformular für Gemeinschaftseinrichtungen des Landkreises Pfaffenhofen a. d. Ilm

Meldende Einrichtung

Name der Einrichtung	
Anschrift der Einrichtung	
Telefon/Fax	
E-Mail	

Angaben zur erkrankten Person

Name		Geschlecht	m	w	d
Vorname		Geburtsdatum			
Straße		Telefon			
PLZ/Ort		Handy			

Weitere Informationen

Klasse/ Gruppe		Erkrankt am		letzter Tag in Einrichtung	
Krankheitszeichen					
Bemerkungen z.B. Personal, Stuhluntersuchung, Arzt Diagnose usw.					

Gemeldete Erkrankung

Cholera	
Diphtherie	
EHEC (Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli)	
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	
Keuchhusten (Pertussis)	
Kopfläuse (Verlausung)	
Krätze (Scabies)	
Lungentuberkulose (ansteckungsfähig)	
Masern	
Meningokokken-Infektion	
Mumps	
Paratyphus	
Pest	
Poliomyelitis	
Röteln	
Scharlach oder sonstige Streptokokken-Infektionen	
Shigellose	
Typhus abdominalis	
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	
Virushepatitis A oder E	
Windpocken	
Infektiöse Gastroenteritis **	
durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten	
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	

- ... es liegt eine gleichartige übertragbare Erkrankung vor, die gehäuft (≤ 2) in der Einrichtung aufgetreten ist
- ... besucht derzeit nicht die Einrichtung
- ... besucht die Einrichtung, da nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Erkrankung nicht zu befürchten ist

Anmerkungen oder sonstige Erkrankungen (z.B. hohes Fieber, Lungenentzündung, ansteckende Bindehautentzündung, Lebensmittelvergiftungen, Ringelröteln usw.)

** (ansteckende Magen-Darm-Infektion bei z.B. Salmonellen, Campylobacter, Noro- oder Rotaviren)

Weitere Informationen zu den einzelnen Erkrankungen und Maßnahmen finden Sie auf der Internetseite des RKI (www.rki.de) unter der Rubrik: Infektionskrankheiten A-Z.

Ort, Datum

Unterschrift des Meldenden

Meldeformular für Gemeinschaftseinrichtungen im Rahmen von Ausbrüchen gem. § 34 IfSG

Einrichtung:

Erkrankung:

Personal (j/n)	betreutes Kind (j/n)	Name/ Vorname	Anschrift	Telefonkontakt	Geschlecht m/w/d	Geburtstag	Gruppe	Verdacht (x)	Symptome* (siehe unten)	Ggf. behandelnder Arzt (inkl. Angaben falls bekannt)	Krankenhausaufenthalt (inkl. Angaben falls bekannt)

Symptome: **E** = Erbrechen, **D** = Durchfall, **F** = Fieber, **K/st** = starkes Krankheitsgefühl, **K/g** = geringeres Krankheitsgefühl