

Benachrichtigung über eine meldepflichtige Krankheit in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz

Benachrichtigung an:

Gesundheitsamt Bremen
Referat Infektionsepidemiologie
Horner Str. 60-70, 28203 Bremen
Telefon: 361 - 15131
Fax: 496 - 15918

Die Benachrichtigung betrifft

- Personal der Einrichtung
 in der Einrichtung betreute Säuglinge, Kinder oder Jugendliche

Meldende Einrichtung:

Krippe Kita Hort Schule

Sonstige

Name der Einrichtung

meldende Person

Telefon

Datum

Verdacht/ Erkrankung

Verdacht/ Erkrankung

Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	<input type="checkbox"/>	Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>
Brechdurchfall (bei Kindern bis 6 Jahre)	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Paratyphus / Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>
EHEC	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>
Hämophilus Influenzae Typ B	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>
Hirnhautentzündung (Meningokokken)	<input type="checkbox"/>	Scharlach (Streptococcus Pyogenes)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Shigellose	<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>
Krätze (Scabies)	<input type="checkbox"/>	Virusbedingtes hämorrhag. Fieber	<input type="checkbox"/>
Läusebefall	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>

2 oder mehr Fälle der vorgenannten Krankheiten / oder sonstige Erkrankungen, welche?

Angaben zu den betroffenen Personen

Name, Vorname	<input type="text"/>	Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Erkrankung am:	<input type="text"/>	Besuch der Einrichtung bis:	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Erkrankung am:	<input type="text"/>	Besuch der Einrichtung bis:	<input type="text"/>

Weitere betroffene Personen bitte auf einem Extrablatt vollständig auflisten!

Wir bitten um Rückruf des Gesundheitsamtes unter der Nummer