

Meldung nach § 34 Abs. 6 IfSG

Örtlich zuständiges Gesundheitsamt:

Landkreis Fulda
 Fachbereich Gesundheit
 Otfrid-von-Weißenburg-Str. 3
 36043 Fulda
 Fax: 0661/6006-6071

Meldende Einrichtung:

Meldedatum:

Meldende Person:

Angaben zur Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Erkrankung Kind oder Personal Zutreffendes bitte ankreuzen	Dauerausscheidung von Erregern	Krankheit in der Wohn- gemeinschaft
<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 (spez. 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, an- steckungsfähig		<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, an- steckungsfähig
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion
<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"/> Poliomyelitis		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> Krätze		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Röteln		
<input type="checkbox"/> Scharlach/sonstige Strepto- kokkus pyogenes		
<input type="checkbox"/> Shigellose	<input type="checkbox"/> Shigella-Spezies	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi	<input type="checkbox"/> Typhus abdominalis
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A oder E
<input type="checkbox"/> Windpocken		<input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Kopflausbefall		

Behandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik:

Erkrankungsbeginn:

Letzter Tag in der Einrichtung:

Besondere Problemlage:
