



Name der Einrichtung:		Stempel
Adresse:		
Telefon:		
Name des Meldenden:		
Datum/Unterschrift:		

**Erkrankt bzw. verdächtigt auf eine Erkrankung ist:**

Name, Vorname	Geb.-Datum	Adresse	Telefon	Diagnose ärztlich bestätigt?	gemeldet am:

**Folgende Krankheit bzw. Krankheitsverdacht wird gemeldet:**

<input type="checkbox"/> ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa)	<input type="checkbox"/> ansteckende Magen-Darm-Erkrankung (nur bei Kindern unter 6 Jahren)	<input type="checkbox"/> bakterielle Ruhr (Shigellose)
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Durchfall durch EHEC-Bakterien
<input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/E	<input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis)
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis)	<input type="checkbox"/> Kopflausbefall
<input type="checkbox"/> Krätze (Scabies)	<input type="checkbox"/> Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Pest	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> Windpocken	

**Bereits durchgeführte Maßnahmen:**

<input type="checkbox"/> Elterninfo (mit Rückantwort bei Läusen)	<input type="checkbox"/> Desinfektionsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Wiedezulassung nach Erkrankung bekannt?
--	---	--

