

Meldeformular Benachrichtigungspflichtige Krankheiten gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Vertraulich	
Bezirksamt Hamburg-Nord	
<i>Gesundheitsamt</i>	
Kümmelstr. 5-7	
<i>Straße</i>	
20249	Hamburg
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
42804-2795	42790-4008
<i>Telefon</i>	<i>(Fax)</i>

Meldende Einrichtung / Person (Stempel)	
Schule Eberhofweg	
<i>Name der Einrichtung</i>	
Eberhofweg 63	
<i>Straße und Hausnummer</i>	
22415	Hamburg
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
Dirk Schröder	428 96 59-0
<i>Meldender</i>	<i>Telefonnummer</i>
<i>Datum:</i>	
<i>Tag</i>	<i>Monat</i> <i>Jahr</i>

Schule Eberhofweg
 Vor- und Grundschule
 Eberhofweg 63 • 22415 Hamburg
 Tel.: 040-428 96 59-0 • Fax: 040-428 96 59-22
 Leitzahl: 221/5464

Benachrichtigungspflichtige Krankheit (bitte entsprechend ankreuzen):

Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Erkrankung	Verdacht	Erreger	Ausscheider
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vibrio cholerae O 1 und O 139	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Typhi	<input type="checkbox"/>
virusbedintes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salmonella Paratyphi	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigella sp.	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enterohämorrhagischer E.coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ansteckungsfähige Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>						

Erkrankte/krankheitsverdächtige Person, Ausscheider:

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der Rückseite aufgeführt werden.

Unterschrift / Stempel

Seite 2 zum Meldeformular
(Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt ausfüllen)

Schule Eberhofweg
Vor- und Grundschule
Eberhofweg 63 • 22415 Hamburg
Tel.: 040-428 96 59-0 • Fax: 040-428 96 59-22
Leitzahl: 221/5464

↑ Stempel

Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider:

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	

Name:	Vorname:	Geb.:	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Tag der Erkrankung:	Letzter Besuch:	Gruppe/Klasse:	