

# Meldung nach § 34 IfSG

Gesundheitsamt Braunschweig, Abteilung Gesundheitsschutz

Fax: 0531 / 470-7040; e-mail: [gesundheitsschutz@braunschweig.de](mailto:gesundheitsschutz@braunschweig.de)

⇒ Telefonische Erreichbarkeit: 0531/470 7231 Frau Neumann  
0531/470 7227 Herr Akpinar  
0531/470 7229 Herr Lenz

Meldedatum:

meldende Einrichtung:		meldende Person:	
_____ Adresse:		_____ Telefon:	_____ FAX:
<input type="checkbox"/> Kinder-Krippe	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Kinderhort	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kinderheim

betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: <u>Liste</u> !)	Geburtsdatum:
_____ Adresse:	_____ Telefon:
<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Personal (Funktion ?):

Erkrankung Kind / Personal Zutreffendes bitte ankreuzen	Erreger-Ausscheidung	Krankheit in Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> (Typ O 1 / O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> <i>Corynebact. diphtheriae</i> , toxinbildend	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E. Coli - EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind 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, offen		<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella paratyphi</i>	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Krätze <input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> <i>Shigella</i> -Spezies (boydii, flexneri, ...)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella typhi</i>	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		
<input type="checkbox"/> Verlausion - Kopflausbefall		

behandelnde/r Ärztin/Arzt oder Klinik:	Erkrankungsbeginn:
_____ besondere Problemlage:	_____ _____

(Unterschrift)

