

Dieses Formular bitte ausfüllen und senden an:

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

Benachrichtigung an:

Gesundheitsamt Bremen - Infektionsepidemiologie - Horner Str. 60-70, 28203 Bremen |
Telefon: 361 - 15131 Fax: (0421) 496 – 15918 E-Mail: infektion@gesundheitsamt.bremen.de

Meldende Einrichtung:

☐ Krippe ☐ Kita ☐ Hort ☐ Schule ☐ Sonstige:

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Meldende Person: _____

Telefonnummer: _____

Meldedatum: _____

Verdacht oder Erkrankung:

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

☐ **2 oder mehr Fälle** der vorgenannten/sonstiger schwerwiegender Erkrankungen, welche?

☐ **Wir bitten um Rückruf des Gesundheitsamtes unter der Nummer:**

Angaben zu den betroffenen Personen (bitte vollständig ausfüllen), ggf.

Extraseite **Name, Vorname:** _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

Erkrankung am: _____

Besuch der Einrichtung bis: _____

Telefonnummer Erziehungsberechtigte/r: _____

Weitere betroffene Personen (bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Weiblich ☐ **männlich** ☐ **divers** ☐

Erkrankung am: _____

Besuch der Einrichtung bis: _____

Telefonnummer Erziehungsberechtigte/r: _____

Weitere betroffene Personen (bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Weiblich ☐ **männlich** ☐ **divers** ☐

Erkrankung am: _____

Besuch der Einrichtung bis: _____

Telefonnummer Erziehungsberechtigte/r: _____

Formular senden: