

Landratsamt Bad Kissingen
 Gesundheitsamt
 Salinenstraße 1
 97688 Bad Kissingen
 Per FAX an: 0971 / 801-8133



Angabe zur betroffenen Person

(bei mehreren betroffenen Personen, Meldeliste „Ausbruch/Häufung“ verwenden)

Name, Vorname:

Geb. Datum: männlich weiblich divers Erkrankungsbeginn:

Adresse:

Telefon: letzter Tag in der Einrichtung:

Behandelnder Arzt (Name, Adresse, Telefon) :

Verdacht/Erkrankung von	Ausscheidung von Krankheitserregern	Verdacht/Erkrankung in der Wohngemeinschaft des
<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa) <input type="checkbox"/> Ansteckender, von Bakterien oder Viren verursachter Durchfall und/oder Erbrechen bei Kindern bis zum 6.Geburtstag <input type="checkbox"/> Ansteckungsfähige Tuberkulose der Lunge <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Darmentzündung (Enteritis), durch EHEC verursacht <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis E <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung durch Haemophilus <input type="checkbox"/> Influenza Typ b <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) <input type="checkbox"/> Krätze (Scabies) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium Streptococcus pyogenes <input type="checkbox"/> Typhus / Paratyphus <input type="checkbox"/> Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola) <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Cholera-Bakterien <input type="checkbox"/> Diphtherie-Bakterien (Toxin-bildendes Corynebakterium diphtheriae) <input type="checkbox"/> EHEC-Bakterien <input type="checkbox"/> Typhus-Bakterien (Salmonella typhi/paratyphil) <input type="checkbox"/> Shigella-Bakterien Sp.	<input type="checkbox"/> Kindes <input type="checkbox"/> Personals <input type="checkbox"/> Ansteckungsfähige Lungentuberkulose <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Darmentzündung (Enteritis) durch EHEC Bakterien <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis E <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung durch Haemophilus <input type="checkbox"/> Influenza Typ b <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Pest <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> Typhus/ Paratyphus <input type="checkbox"/> Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)
Meldung durch: <u>Name der Einrichtung (ggf. Stempel)</u> <u>Adresse</u> <u>Telefon</u> <u>Name der meldenden Person / Unterschrift</u>		

Eingeleitete Maßnahmen (soweit bekannt)

Krank zu Hause Krankenhaus
 Sonstiges:

Läuse: Erstbefall Wiederbefall (innerhalb von vier Wochen) ärztliches Attest erforderlich.

Eingeleitete Maßnahmen:
 Informationsmaterial an Klassen / Gruppen / Eltern weitergeleitet
 Krank gemeldet seit _____ Tagen
 Eltern führen Behandlung durch
 sonstiges

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt:

Aufgenommen am: _____ durch:

Beratung erfolgte am: _____ durch:
 Ärztl. Dienst zur Kenntnisnahme:

Landratsamt Bad Kissingen
 Gesundheitsamt
 Salinenstraße 1
 97688 Bad Kissingen
 Per FAX an: 0971 / 801-8133

Meldeliste

Ausbruch/Häufung in Gemeinschaftseinrichtungen

(ab 2 gleichartigen Erkrankungen / Fällen)

Meldende Einrichtung	Anzahl der Betreuungsplätze:	Händedesinfektionsmittel:
Meldende Person/Telefon/Fax/E-Mail:	Datum:	Flächendesinfektionsmittel/Dosierung:

Lfd. Nr.	Angaben zu betroffenen Personen Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, telefonische Erreichbarkeit, Mobiltelefon	(Bitte vollständig ausfüllen)		Zutreffendes bitte ankreuzen:	Letzter Tag in der Einrichtung	Erkran- kungs- beginn	Erkrankung bzw. Symptomatik	Kinderarzt bzw. Hausarzt
		Kind	Personal					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt:

Aufgenommen
 Beratung erfolgte

am:
 am:

durch:
 durch:

Ärztl. Dienst zur Kenntnisnahme: