

Patient/in

Name:

Geb.-datum: ____/____/____ w m

Straße/Nr.:

PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:

Angehörige/Sorgeberechtigte:

Besuch der Einrichtung bis zum: ____/____/____

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gem. § 34 IfSG

Verdacht oder Klinische Diagnose

Erkrankungsbeginn: ____/____/____

Diagnosedatum: ____/____/____

Datum der Meldung: ____/____/____

Impfstatus bzgl. gemeldeter Erkrankung:

vollständig unvollständig/unbekannt

Anzahl der Impfdosen: ____

Datum der letzten Impfung: ____/____/____

Impfstoff: _____

Streptokokkus pyogenes - Angina (Mandelentzündung)

Cholera

Diphtherie

EHEC (Gastroenteritis)

Hand-Fuß-Mund-Krankheit

Hepatitis A Hepatitis E

Impetigo contagiosa (Borkenflechte)

infektiöse Gastroenteritis, Alter bis 6 Jahre

Keuchhusten (Pertussis)

Kopflausbefall

Masern

Meningitis

Meningokokken

Haemophilus infl. Typ b

Mumps

Paratyphus

Pest

Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)

Ringelröteln

Röteln

Scharlach

Shigellose / Ruhr

Shigellose / Ruhr

Skabies/Krätzmilbenbefall

Typhus abdominalis

Tuberkulose

Virales hämorrhagisches Fieber

Windpocken

Gürtelrose

Sonstiges:

Häufung von Fällen (ab 2 Erkrankungen) bei unklarer Infektionskrankheit

Patient/in ist Teil einer Erkrankungshäufung / eines Ausbruchsgeschehens, bitte Gruppe / Klasse angeben:

Line-List wird erstellt

Line-List wurde bereits gefaxt (tägliche Aktualisierung ist verpflichtend dem Gesundheitsamt zu melden)

es sind Kinder / MitarbeiterInnen mit unvollständigem oder unbekanntem Impfstatus in der Einrichtung

ein Aushang / Informationsschreiben wurde in der Einrichtung bekannt gemacht

diese zusätzlichen Maßnahmen wurden bereits getroffen bzw. sind eingeleitet:

(z.B. Umstellung auf viruzides Desinfektionsmittel, zusätzliche Reinigung der Räumlichkeiten, Reinigungspersonal ist informiert, Entwesung von Decken/Polstern/Plüschtieren und ähnliches)

► unverzüglich zu melden an
Gesundheitsamt Lübeck
Sophienstraße 2-8
FAX: 0451-1225398
Tel.: 0451-1225369
infektionsschutz@luebeck.de

Meldung erfolgt zur Kenntnisnahme

um zusätzliche Unterstützung / Rückruf seitens des GA wird gebeten

Meldende Person/Einrichtung
(Name, Einrichtung, Adresse, Telefonnr.)