

# Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 (IfSG)

**Vertraulich!**

**Landkreis Prignitz**  
**Sb Öffentlicher Gesundheitsdienst**  
 Hygiene und Umweltmedizin  
 Bergstraße 1 · 19348 Perleberg  
 E-Mail: hygiene@lkprignitz.de  
 Tel. 03876 713-500 · Fax 03876 713-698501

**Meldende Einrichtung**

\_\_\_\_\_  
 Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

\_\_\_\_\_  
 Leiter Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 Datum

**Kind / Schüler / Beschäftigter\***

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

weiblich     männlich     divers

Stationäre Behandlung:     Ja:     Nein:    wenn ja; wo (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Impfung:                     Ja:     Nein:

Datum des letzten Besuches der Einrichtung: \_\_\_\_\_ Gruppe / Klasse \_\_\_\_\_

Symptombeginn: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

**Bitte Erkrankung ankreuzen:**

<input type="checkbox"/>	Cholera
<input type="checkbox"/>	Diphtherie
<input type="checkbox"/>	Enteritis durch E. coli (EHEC)
<input type="checkbox"/>	virusbedingtes hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/>	Haemophilus influenzae Typ b- Meningitis (Hib)
<input type="checkbox"/>	Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
<input type="checkbox"/>	ansteckungsfähige Lungentuberkulose
<input type="checkbox"/>	Masern
<input type="checkbox"/>	Meningokokken-Infektion
<input type="checkbox"/>	Mumps

<input type="checkbox"/>	durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten (z.B. Affenpocken)
<input type="checkbox"/>	Paratyphus
<input type="checkbox"/>	Pertussis (Keuchhusten)
<input type="checkbox"/>	Pest
<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis
<input type="checkbox"/>	Röteln (keine Ringelröteln)
<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)
<input type="checkbox"/>	Scharlach oder sonst. Streptococcus pyogenes-Infektion
<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr, shigella sp.)
<input type="checkbox"/>	Typhus abdominalis

<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E
<input type="checkbox"/>	Varizellen (Windpocken)
<input type="checkbox"/>	Verlausung/ Kopfläuse
<input type="checkbox"/>	infektiöse Gastroenteritis (Durchfall, Erbrechen) bis vollendetes 6. Lebensjahr
<input type="checkbox"/>	2 oder mehr gleichartige, schwerwiegende Erkrankungen, deren Ursache Krankheitserreger sind (z.B. <b>Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund Krankheit</b> )
	_____
	_____

Weitere Personen mit derselben Erkrankung können auf der 2. Seite aufgeführt werden.

\*Die personenbezogenen Daten dürfen nur für Aufgaben des Gesundheitsamtes nach dem Infektionsschutzgesetz genutzt und verarbeitet werden.

## Seite 2 zum Meldeformular

Name der Einrichtung: (bei FAX-Übermittlung unbedingt ausfüllen) \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Gemeinschaftseinrichtung: \_\_\_\_\_

### Weitere erkrankte/krankheitsverdächtige Personen, Ausscheider\*:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Symptombeginn: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Symptombeginn: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Symptombeginn: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Symptombeginn: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. 1: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. 2: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich  divers

Symptombeginn: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

---