

## Meldeformular nach § 34 IfSG für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen

An Gesundheitsamt Wuppertal, Fax: 0202 / 563 - 4724, Email: [infektionshygiene@stadt.wuppertal.de](mailto:infektionshygiene@stadt.wuppertal.de)

Meldedatum .....		
meldende Einrichtung .....		meldende Person .....
Adresse .....		Telefon .....
		Fax .....
<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Tagesstätte	<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Wohngruppe

Kopflausbefall <input type="checkbox"/>					
	ERKRANKUNG	VERDACHT		ERKRANKUNG	VERDACHT
Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Masern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Scharlach oder sonstige Streptococcus pyogenes-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Mumps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Paratyphus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enteritis durch entero-hämorrhagische E. coli (EHEC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pest	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Shigellose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Typhus abdominalis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erkrankungshäufung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infektiöse Gastroenteritis bei Kindern unter 6 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird <input type="checkbox"/>			Erregernamen (falls bekannt) .....		

Betroffene Person: Name, Vorname (falls Mehrzahl: Liste verwenden) .....		Geb.Datum .....
Adresse .....		Telefon .....
<input type="checkbox"/> Kind/Bewohner	<input type="checkbox"/> Personal	