Meldung von Infektionskrankheiten nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)



Für Kinderkrippen, -gärten, -tagesstätten, -horte, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.

Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte an gesundheitsaufsicht@herne.de.

Auskunft erteilen beim Gesundheitsamt Herne (Telefon 0 23 23 / 16 -)

Durchwahl: 3759 Frau Aeffner Frau Wehrhagen Durchwahl: 3489 Frau Hoffmann Durchwahl: 3387 Frau Erdmann Durchwahl 4777 Frau Ohlraun Durchwahl: 3337 Frau Krawietz Durchwahl 4796

Frau Florczak Durchwahl: 3300

Weitere Informationen zu Erkrankungen unter www.infektionsschutz.de.

| Angaben zur meldenden Gemeinschaftseinrichtung | | |
|------------------------------------------------|-------------------|--|
| Kindergarten | Kindertagesstätte | |
| Schule | Heim | |
| sonstiges | | |
| Bei Auswahl "sonstiges" bitte angeben | | |
| | | |
| Anschrift | | |
| Meldende Person / Leitung der Einrichtung | Telefon | |
| Telefax | E-Mail | |
| Anzahl der Gruppen / Klassen in der gesamten | Einrichtung | |
| Anzahl der Kinder in der gesamten Einrichtung | | |
| Größe (Anzahl Personen) der betroffenen Grupp | pe / Klasse | |

| Angaben zur erkrankten Person | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Kind | Klasse / Gruppe | |
| Personal | | |
| Vorname | Name | |
| | | |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Telefon | |
| Cebartsaatam (Tim Hisss) | Teteron. | |
| | | |
| Adresse | | |
| | | |
| Wer hat die Erkrankung festgestellt? | | |
| Einrichtung | | |
| Eltern | | |
| Welche Erkrankung liegt vor? | | |
| | | |
| Seit wann liegt die Erkrankung vor? | | |
| | | |
| Falicat air arkähtas Auftrator alaiskar Frigrandu vaan var (maku ala 7 Fölla) | | |
| Es liegt ein erhöhtes Auftreten gleicher Erkrankungen vor (mehr als 3 Fälle). Bitte Zusatzbogen benutzen. | | |
| Es liegt ein erhöhtes Auftreten von Kopflausbefall vor (mehr als 3 Fälle). Bitte Zusatzbogen benutzen. | | |
| Bemerkungen | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Datum (TT.MM.JJJJ) | Unterschrift der meldenden Person | |
| Datam (1 in in in) | ontersemme der metaenden reison | |