

Meldeformular gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

Bitte vollständig ausgefüllt an

Landratsamt Tübingen
Abteilung Gesundheit
Wilhelm-Keil-Straße 50
72072 Tübingen

E-Mail: infektionsschutz@kreis-tuebingen.de

Fax: 07071/207-3331

Tel: 07071/207-3330

Name der Einrichtung:

Telefon:

Meldende/r:

Meldedatum:

Betroffene Person: (falls Mehrzahl bitte Ergänzungsliste anfügen, s. Seite 2)

Kind (Gruppe/Klasse)

Personal (Funktion)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

Telefon:

Sofern bekannt (bitte ausfüllen):

Erkrankungsbeginn:

Letzter Besuchstag/ Arbeitstag:

Behandelnder Arzt/ Ärztin/ Klinik:

| Erkrankung oder Erkrankungsverdacht | Dauerausscheidung von Erregern | Erkrankung oder Erkrankungsverdacht im häuslichen Bereich/WG | Häufung von Erkrankungen (z.B. Magen-Darm-Erkrankungen) |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Affenpocken ● Cholera ● Diphtherie ● EHEC virusbedingte hämorrhagisches Fieber ● Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) Keuchhusten Kopfläuse Lungentuberkulose Masern ● Meningokokken-Infektion ● Mumps Paratyphus ● Pest ● Poliomyelitis Röteln Scharlach-/ Streptokokken Infektion Shigellose - Ruhr ● Skabies (Krätze) Typhus abdominalis ● Virushepatitis A und E Varizellen - Windpocken | <ul style="list-style-type: none"> Vibrio cholerae O 1 und O 139 ● Corynebact. spp., Toxin bildend ● EHEC Salmonella Paratyphi ● Shigella sp. ● Salmonella Typhi ● | <ul style="list-style-type: none"> Cholera ● Diphtherie ● EHEC virusbedingte hämorrhagisches Fieber ● Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis Lungentuberkulose Masern ● Meningokokken-Infektion ● Mumps Paratyphus ● Pest ● Poliomyelitis Röteln Shigellose - Ruhr ● Typhus abdominalis ● Virushepatitis A und E Varizellen - Windpocken | <p>Meldepflicht im Sinnes des § 34 Abs. 6, Satz 2 für Kindertageseinrichtungen und Schulen beim Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind. Gleichartige Erkrankungen liegen vor, wenn aus Sicht eines medizinischen Laien (Einrichtungsleitung) die aufgetretenen Symptome jeweils identisch sind und dadurch die Annahme gerechtfertigt ist, dass die Krankheiten von demselben Krankheitserreger stammen.</p> <p>Erkrankung</p> |

● Direkte Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt erforderlich!

Bereits durchgeführte Maßnahmen: Aushang Eltern informiert Umstellung des Desinfektionsmittels

Es bestehen Rückfragen, wir bitten um Kontaktaufnahme: ja nein

Ergänzungsliste bei Häufungen von identischen Erkrankungen

| Erkrankte Kinder | Gruppe/ Klasse | Erkrankungsbeginn | Letzter Besuchstag |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Angaben zur Person | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| | | | |
| Erkrankte Beschäftigte | Gruppe/Klasse | Erkrankungsbeginn | Letzter Arbeitstag |
| Angaben zur Person | Beschäftigt als | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |
| Name/ Vorname | | Bekannt | Bekannt |
| Geb.-Datum | | | |
| Straße, Hausnr. | | Nicht bekannt | Nicht bekannt |
| PLZ, Wohnort | | | |
| Telefon | | | |

Ergänzende benötigte Informationen bei Magen-Darm-Erkrankungen

| | |
|---|--|
| Wie viele Kinder werden in der Einrichtung insgesamt betreut? | |
| Wie viele Gruppen gibt es in der Einrichtung? | |
| In welchem Altersbereich werden die Kinder betreut? | 0 – 3 Jahre 1 – 3 Jahre 3 - 6 Jahre |
| Gab es Besonderheiten (z.B. Feste)? | Ja Nein |
| Wird in der Einrichtung zu Mittag gegessen? | Ja Nein |
| Wird das Essen angeliefert? | Ja Nein Catering (Name/ Adresse) Cook & Chill Verfahren Cook & Hold Verfahren |
| Wird das Essen in der Einrichtung selber zubereitet? | Ja Nein Teilweise und zwar: |
| Wird in Verbindung mit den Erkrankungsfällen ein Zusammenhang mit Lebensmitteln vermutet? | Ja Nein Falls ja, haben sie ein spezielles Lebensmittel im Verdacht? |
| Unter welchen Beschwerden leiden die Erkrankten | Durchfall Erbrechen Fieber Sonstiges: |
| Gibt es ihrer Kenntnis nach schwere Erkrankungsfälle mit Krankenhausaufenthalt? | Ja Nein |
| Welche Maßnahmen wurden ihrerseits bereits ergriffen? | Information der Eltern über Erkrankungsfälle Aushang Verwendung von viruswirksamen Desinfektionsmitteln gemäß Hygieneplan Erhöhter Reinigungsintervall Desinfektion von Handkontaktflächen (Türgriffe etc.) Sonstiges |
| Welche Händedesinfektionsmittel sind in der Einrichtung vorhanden? | |
| Welche Flächendesinfektionsmittel sind in der Einrichtung vorhanden? | |