

**Meldeformular gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz**

Stand 07/2024

**Bitte vollständig ausgefüllt an**

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

E-Mail: [infektionsschutz@kreis-tuebingen.de](mailto: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, Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Affenpocken ●</li> <li>Cholera ●</li> <li>Diphtherie ●</li> <li>EHEC</li> <li>virusbedingte hämorrhagisches Fieber ●</li> <li>Haemophilus influenzae</li> <li>Typ b-Meningitis</li> <li>Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)</li> <li>Keuchhusten</li> <li>Kopfläuse</li> <li>Lungentuberkulose</li> <li>Masern ●</li> <li>Meningokokken-Infektion ●</li> <li>Mumps</li> <li>Paratyphus ●</li> <li>Pest ●</li> <li>Poliomyelitis</li> <li>Röteln (<u>nicht</u> Ringelröteln)</li> <li>Scharlach-/ Streptokokken Infektion</li> <li>Shigellose - Ruhr ●</li> <li>Skabies (Krätze)</li> <li>Typhus abdominalis ●</li> <li>Virushepatitis A und E</li> <li>Varizellen - Windpocken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vibrio cholerae O 1 und O 139 ●</li> <li>Corynebact. spp., Toxin bildend ●</li> <li>EHEC</li>   <li>Salmonella Paratyphi ●</li>   <li>Shigella sp. ●</li>   <li>Salmonella Typhi ●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cholera ●</li> <li>Diphtherie ●</li> <li>EHEC</li> <li>virusbedingte hämorrhagisches Fieber ●</li> <li>Haemophilus influenzae</li> <li>Typ b-Meningitis</li>   <li>Lungentuberkulose</li> <li>Masern ●</li> <li>Meningokokken-Infektion ●</li> <li>Mumps</li> <li>Paratyphus ●</li> <li>Pest ●</li> <li>Poliomyelitis</li> <li>Röteln</li>   <li>Shigellose - Ruhr ●</li>   <li>Typhus abdominalis ●</li> <li>Virushepatitis A und E</li> <li>Varizellen - Windpocken</li> </ul>	<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><b>Erkrankung</b></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

<b>Erkrankte Kinder</b>	<b>Gruppe/ Klasse</b>	<b>Erkrankungsbeginn</b>	<b>Letzter Besuchstag</b>
<b>Angaben zur Person</b>			
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			
<b>Erkrankte Beschäftigte</b>	<b>Gruppe/Klasse</b>	<b>Erkrankungsbeginn</b>	<b>Letzter Arbeitstag</b>
<b>Angaben zur Person</b>	<b>Beschäftigt als</b>		
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 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?	