

Meldung von Magen-Darm-Erkrankungen (IfSG §8 und §34)

Name der Einrichtung: Stempel der Einrichtung:
 Meldedatum:
 Meldende Person:
 Telefon Nr.:

| Erkrankte/r: Angaben zur Person | Symptome | Erkrankungs- datum | Wohnbereich Gruppe / Klasse | Letzter Besuchstag |
|--|---|--|--------------------------------|-----------------------|
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Falls Mitarbeiter erkrankt sind, benötigen wir folgende Angaben:

| Erkrankte/r: Angaben zur Person | Symptome | Erkrankungs- datum | Im Bereich | Letzter Besuchstag |
|--|---|--|--|-----------------------|
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> pädagog. Personal | <input type="text"/> |
| Name/ Vorname: <input type="text"/> Geb.datum: <input type="text"/> Straße, Hausnr.: <input type="text"/> PLZ.: <input type="text"/> Ort: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> | von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> pädagog. Personal | <input type="text"/> |

Bitte vorab telefonische Mitteilung unter: **07071/2073330**

Meldebogen vollständig ausgefüllt an das Landratsamt Tübingen, Abt. Gesundheit, Wilhelm Keil
 Str. 50, 72072 Tübingen zurück senden!

Fax Nr.: **07071/2073331** oder

e-mail: ifsq@kreis-tuebingen.de