

# Mitteilung über eine meldepflichtige Krankheit in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz

**Vertraulich**

**An das  
Gesundheitsamt Kiel  
- Infektionsschutz -  
Fleethörn 18 - 24**

**24103 Kiel**

0431-9012108      0431-9016 2113  
Telefon                      Fax

**Meldende Einrichtung**

---

Name der Einrichtung

---

**in 24      Kiel**

---

Straße und Hausnummer

---

Leiter/in der Einrichtung

---

Telefonnummer                      Datum

Bei \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ geb.am \_\_\_\_\_  
Name                      Vorname

---

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
Adresse                      Telefon

soweit abweichend, Name, Adresse u. Telefon der/des Erziehungsberechtigten

Besuch der Einrichtung bis zum : \_\_\_\_\_

wurde folgende Krankheit am \_\_\_\_\_ festgestellt  der Verdacht geäußert   
durch : \_\_\_\_\_ ( z.B. Kinderarzt)

Cholera *	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>
Diphtherie*	<input type="checkbox"/>	Pest	<input type="checkbox"/>
Enteritis durch enterohämorrhagische E.coli (EHEC)*	<input type="checkbox"/>	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>
virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	<input type="checkbox"/>	Scabies (Krätze)	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis	<input type="checkbox"/>	Scharlach, sonstige Streptococcus pyog.-Infektion	<input type="checkbox"/>
Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)	<input type="checkbox"/>	Shigellose (Ruhr)*	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Typhus *, Paratyphus*	<input type="checkbox"/>
Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	Virushepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>
Meningokokken-Infektion	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Gastroenteritis, Alter ≤ 6 Jahre	<input type="checkbox"/>
≥ 2 Fälle einer ( evtl. unklaren) Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	Kopflausbefall	<input type="checkbox"/>

sollten mehrere Personen zeitgleich von derselben Krankheit betroffen sein, füllen Sie bitte dieses Formular nur für den ersten Fall aus und geben die übrigen Namen auf einem Extrabogen an.

- Diese Meldung erfolgt ausschließlich pflichtgemäß zur Kenntnisnahme
- Es wird um Rückruf des Gesundheitsamtes gebeten unter der Nummer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum                      Name, Unterschrift der meldenden Person

\* bitte beachten Sie die umseitigen Erläuterungen

## Erläuterungen zum Meldeformular gemäß § 34 des Infektionsschutzgesetzes

Bei den **grau unterlegten** Krankheiten handelt es sich um solche, die bereits durch den behandelnden Arzt oder das Untersuchungslabor an uns gemeldet werden müssen. In den meisten Fällen werden Sie über eine solche Krankheit eher durch das Gesundheitsamt oder den behandelnden Arzt informiert werden.

Dennoch : Verzichten Sie auf Ihre zusätzliche Mitteilung nur nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt ! Es geht hier um überwiegend schwere Infektionen, deren Auftreten unbedingt erkannt werden muß.

Bei den **mit \* gekennzeichneten Krankheiten** besteht Ihre Meldepflicht auch dann, wenn ohne Krankheitszeichen nur die Erreger ausgeschieden werden. Dies ist oft nach überstandener Erkrankung der Fall, wenn die Erreger z. B. noch eine Zeit im Stuhl nachweisbar sind. Meist ist auch hier der Sachverhalt dem Gesundheitsamt durch Labor oder Arzt bereits bekannt.

Bei Auftreten der **kursiv gekennzeichneten Krankheiten** in einer häuslichen Gemeinschaft dürfen alle (Familien-) Mitglieder eine Gemeinschaftseinrichtung erst nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt bzw. dem behandelnden Arzt besuchen.

**Sie können sich in den meisten Fällen auf die Mitteilung beschränken.**

**Eventuell erforderliche Maßnahmen wird das Gesundheitsamt in Absprache mit Ihnen und dem jeweils behandelnden Arzt veranlassen.**

Eine ausführliche Beschreibung der Krankheiten wie auch der relevanten Abschnitte des Infektionsschutzgesetzes sollte in Ihrer Einrichtung als Broschüre zur Einsicht vorliegen. Sie finden diese Information auch über das Intranet Kiel im öffentlichen Ordner des Gesundheitsamtes.

Für Fragen stehen wir Ihnen außerdem gern zur Verfügung !

Herr Ploog ☎ 901- 2108

Herr Denks ☎ 901- 2145

Frau Dr. Bold ☎901 – 2120

Gesundheitsamt Kiel , Fleethörn 18 – 24 in 24103 Kiel