



Benachrichtigung gemäß § 34 (6) Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Unverzügliche Nachricht erforderlich! -

Landkreis Cloppenburg
- Gesundheitsamt -
Gesundheitsaufsicht
Eschstraße 29
49661 Cloppenburg

Email: infektionsschutz@lkclp.de
Telefax: 04471/15-330

Name der Gemeinschaftseinrichtung	
Meldende/r	Telefonnummer
E-Mail	Meldedatum

1. Die Benachrichtigung betrifft

- Personal Kind

2.

<u>Erkrankung</u>	<u>Erreger-Ausscheidung</u>	<u>Krankheit in <u>Wohngemeinschaften</u></u>
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> (Typ O 1/ O 139)	<input type="checkbox"/> Cholera
<input type="checkbox"/> Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)		
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> <i>Corynebact. Diphtheriae</i> (toxinbildend)	<input type="checkbox"/> Diphtherie
<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spezielle Durchfallform)	<input type="checkbox"/> enterohämorrhagische E. Coli - EHEC	<input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis
<input type="checkbox"/> Infektiöse Gastroenteritis (Durchfall / Erbrechen, Kind unter 6 Jahren)		
<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber		<input type="checkbox"/> Virales hämorrhagisches Fieber
<input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis		<input type="checkbox"/> Haem. influenzae Typ b-Meningitis
<input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa- Borkenflechte		
<input type="checkbox"/> Keuchhusten - Pertussis		
<input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose (ansteckungsfähig)		<input type="checkbox"/> Lungen-Tbc (ansteckungsfähig)
<input type="checkbox"/> Masern		<input type="checkbox"/> Masern
<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion		<input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Paratyphus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella paratyphi</i>	<input type="checkbox"/> Paratyphus
<input type="checkbox"/> Pest		<input type="checkbox"/> Pest
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis - Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln		<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Krätze - Skabies Bitte Skabies-Formular benutzen		
<input type="checkbox"/> Scharlach oder Streptoc.-pyog.-Infektion		
<input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr	<input type="checkbox"/> <i>Shigella-Spezies</i> (boydii, flexneri, etc.)	<input type="checkbox"/> Shigellose
<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> <i>Salmonella typhi</i>	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E		<input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E
<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken		<input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken
<input type="checkbox"/> Kopflausbefall		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

3.	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer der betroffenen Person(en):
1)	
2)	

3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	
15)	