EINZELERKRANKUNG

Benachrichtigung durch Einrichtung

Einrichtung:

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

…………………………………………

*Ansprechpartner (Name, Tel.-Nr.)*

Landratsamt Reutlingen

Kreisgesundheitsamt

St.-Wolfgang-Str. 13

72764 Reutlingen

Tel.: (07121) 480-4310

Fax1: (07121) **480-1818**

Fax1: (07121) **480-1817**

## Angaben zur erkrankten Person

## …………………………………………………………... ...........………………........ weiblich

## *Name, Vorname Geburtsdatum* männlich

………………………………………………………….................... …………………………………………

*Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) Telefonnummer und E-Mail* **Erkrankungsbeginn** …………………………………………….

**Erkrankung / Verdacht** (bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Magen-Darm-Infekt (bei Kindern unter 6 Jahren) |  |  |  |
| **übrige** | |  |  | Mumps |
|  | Cholera |  |  | Paratyphus |
|  | Diphterie |  |  | Pest |
|  | EHEC - Enteritis |  |  | Poliomyelitis |
|  | Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber |  |  | Röteln |
|  | Haemophilus influenzae Typ b – Meningitis |  |  | Scabies (Krätze) |
|  | Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte) |  |  | Scharlach/Streptokokkeninfektion |
|  | Keuchhusten |  |  | Shigellose |
|  | ansteckungsfähige Lungentuberkulose |  |  | Typhus abdominalis |
| Benachrichtigung \_ Einzelfall | Masern |  |  | Virushepatitis A oder E |
|  | Meningokokken-Infektion |  |  | Windpocken |
|  | Kopfläuse |  |  |  |
|  | Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) | | | |
|  | Liegt ein positiver SARS-CoV-2 Nachweis (PCR) vor?  ja  nein  Falls ja, Probenahmedatum: ……………………………………………  Symptome?  ja  nein Falls ja, welche? ………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………… | | | |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Für Einrichtungen in denen Kinder betreut werden (§34):**

Die Person bleibt wegen ihrer Erkrankung (gemäß § 34 IfSG) zu Hause.

Der gemeldete Fall gehört zu einer Häufung von weiteren gleichartigen Erkrankungen innerhalb der letzten 7 Tage.

Aushang ja nein

…………………… ……………………………………..........................

*Datum Unterschrift der benachrichtigenden Person*