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 [ ]  neinFalls 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*