



**Meldeformular übertragbare Krankheiten nach § 34 IfSG**

Meldeweg: Eltern → Schule → Gesundheitsamt

<b>Name der Schule:</b>	Herbartgymnasium Oldenburg
<b>Anschrift:</b>	Herbartstraße 4 26122 Oldenburg
<b>Telefon:</b>	(04 41) 4 08 36-0
<b>Fax:</b>	(04 41) 4 08 36-20
<b>E-Mail:</b>	sekretariat@herbartgymnasium.de
<b>Meldende Person:</b>	OStD' Annika Neesen
<b>Schultyp:</b>	Gymnasium

Betroffene Person (Bei Erkrankung oder Verdacht - für jede Person ein neues Blatt ausfüllen!):

Name, Vorname	Geschlecht (m/w/d)	Geburtsdatum	Anschrift	Telefon	Der Einrichtung gemeldet am:

**Kind/Personal (Schule)**

(Erkrankung/Verdacht)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholera                                    | <input type="checkbox"/> Kopflausbefall                       |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                                 | <input type="checkbox"/> Varizellen - Windpocken              |
| <input type="checkbox"/> EHEC-Enteritis (spez. Durchfallform)       | <input type="checkbox"/> Virushepatitis A und E               |
| <input type="checkbox"/> Enteritis (Durchfall, Kind unter 6 Jahren) | <input type="checkbox"/> Typhus                               |
| <input type="checkbox"/> virales hämorrhagisches Fieber             | <input type="checkbox"/> Shigellose - Ruhr                    |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus-B-Meningitis                   | <input type="checkbox"/> Scharlach-/Streptoc.-pyog.-Infektion |
| <input type="checkbox"/> Impetigo contagiosa Borkenflechte          | <input type="checkbox"/> Krätze                               |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten                                | <input type="checkbox"/> Polio - Kinderlähmung                |
| <input type="checkbox"/> Lungen-Tuberkulose, offen                  | <input type="checkbox"/> Pest                                 |
| <input type="checkbox"/> Masern                                     | <input type="checkbox"/> Paratyphus                           |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis                   | <input type="checkbox"/> Mumps                                |

<b>Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder Klinik:</b>	<b>Erkrankungsbeginn:</b>
<b>Besonderheiten:</b>	

Datum, Unterschrift: