

\_\_\_\_\_ Datum

Fax: 0 41 41 / 12 – 53 13

**Landkreis Stade  
-Gesundheitsamt-  
21677 Stade**

**Meldung einer Infektionskrankheit gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz**

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass in unserer Einrichtung die folgende Erkrankung aufgetreten ist:

- Keuchhusten     Kopfläuse     Masern     Mumps
- Scabies (Krätze)     Scharlach     Windpocken
- andere gem. § 34 IfSG \_\_\_\_\_

Die erkrankte/-n Person/-en ist/sind ein/e  Betreute/-r     Mitarbeiter/-in

Es sind folgende Personen erkrankt:

\_\_\_\_\_ Unterschrift Meldende / -r

| Name | Vorname | Geburtsdatum | Anschrift und Telefon der Erziehungsberechtigten | Gruppe/Klasse |
|------|---------|--------------|--|---------------|
|      |         |              |  |               |
|      |         |              |  |               |
|      |         |              |  |               |
|      |         |              |  |               |
|      |         |              |  |               |
|      |         |              |  |               |
|      |         |              |  |               |

Bei mehr Erkrankten bitte Folgeblatt benutzen.