

Hamburger Meldeformular für Kopflausbefall (Benachrichtigungspflicht gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz)

Vertraulich	
Bezirksamt Hamburg-	
Gesundheitsamt	
<i>Straße</i>	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
<i>Telefon</i>	<i>(Fax)</i>

Meldende Einrichtung / Person (Stempel)	
<i>Name der Einrichtung</i>	
<i>Straße und Hausnummer</i>	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>
<i>Meldender</i>	<i>Telefonnummer</i>
<i>Datum:</i>	
<i>Tag</i>	<i>Monat</i>
<i>Jahr</i>	

Benachrichtigungspflichtige Krankheit: Kopflausbefall (Pediculosis capitis)

Befallene Personen in der Einrichtung:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Seite 2 zum Meldeformular

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Männlich Weiblich

Befall bekannt seit: _____ Gruppe/Klasse: _____

Gesamtzahl in der Einrichtung betroffener Personen: Kinder _____ Erwachsene _____

Seit dem _____ gilt der Befall als getilgt.

Wenn möglich bitte auch angeben:

Waren auch Eltern betroffen? ja Anzahl: _____ nein unbekannt:

Waren Geschwisterkinder betroffen,
die die Einrichtung nicht besuchen? ja Anzahl: _____ nein unbekannt:

Unterschrift / Stempel
(Gemeinschaftseinrichtung)

Name der Einrichtung:
(bei Fax-Übermittlung unbedingt angeben)