

Meldeformular nach § 34 IfSG für Vorliegen von oder Verdacht auf Kopflausbefall

Nach § 34 Abs. 5 u. 6 hat die Einrichtung im o.g. Fall gegenüber dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu machen.

An das **per Fax (s.o.)**

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Burgstr. 4

90403 Nürnberg

Bitte beachten: Kursivdruck = Angaben nur, falls vorliegend

Meldende Einrichtung/Schule, Anschrift:

Tel.:

FAX:

evtl. Stempel

Meldende Person:

Wie viele Personen sind in Ihrer Einrichtung/Schule insgesamt betroffen?

War die Hygieneassistentin des Gesundheitsamtes bereits in Ihrer Einrichtung/Schule?

NEIN **JA** Wann? _____

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Liegt

Läusebefall oder

Verdacht eines Läusebefalls vor?

Betroffene Person:

Funktion der Person (z.B. Kind, Betreuer, ErzieherIn, Lehrkraft o.ä.):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Befall festgestellt am:

Letzter Tag in der Einrichtung:

Besondere Problemlage

Behandelnde/r Ärztin / Arzt:

Befall von Kontaktpersonen:

Läusebefall

Verdacht eines Läusebefalls

Betroffene Person:

Funktion der Person (z.B. Kind, Betreuer, ErzieherIn, Lehrkraft o.ä.):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Befall festgestellt am:

Letzter Tag in der Einrichtung:

Besondere Problemlage

Behandelnde/r Ärztin / Arzt:

Befall von Kontaktpersonen:

Läusebefall

Verdacht eines Läusebefalls

Betroffene Person:

Funktion der Person (z.B. Kind, Betreuer, ErzieherIn, Lehrkraft o.ä.):

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Befall festgestellt am:

Letzter Tag in der Einrichtung:

Besondere Problemlage

Behandelnde/r Ärztin / Arzt:

Befall von Kontaktpersonen:

Datum: _____ Unterschrift _____