

**Hamburger Mitteilungsformular für Kopflausbefall
(Benachrichtigungspflicht gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz)**

Vertraulich	
Bezirksamt Eimsbüttel	
Gesundheitsamt	
Gesundheitsaufsicht	
Grindelberg 66	
20139	Hamburg
(Fax: 428011982)	

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

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 Mitteilungsformular

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)