

Ergänzungsliste bei Häufungen von identischen Erkrankungen

Erkrankte Kinder	Gruppe/ Klasse	Erkrankungsbeginn	Letzter Besuchstag
Angaben zur Person			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Erkrankte Beschäftigte	Gruppe/Klasse	Erkrankungsbeginn	Letzter Arbeitstag
Angaben zur Person	Beschäftigt als		
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Name/ Vorname		Bekannt	Bekannt
Geb.-Datum			
Straße, Hausnr.		Nicht bekannt	Nicht bekannt
PLZ, Wohnort			
Telefon			

Ergänzende benötigte Informationen bei Magen-Darm-Erkrankungen

Wie viele Kinder werden in der Einrichtung insgesamt betreut?	
Wie viele Gruppen gibt es in der Einrichtung?	
In welchem Altersbereich werden die Kinder betreut?	0 – 3 Jahre 1 – 3 Jahre 3 - 6 Jahre
Gab es Besonderheiten (z.B. Feste)?	Ja Nein
Wird in der Einrichtung zu Mittag gegessen?	Ja Nein
Wird das Essen angeliefert?	Ja Nein Catering (Name/ Adresse) Cook & Chill Verfahren Cook & Hold Verfahren
Wird das Essen in der Einrichtung selber zubereitet?	Ja Nein Teilweise und zwar:
Wird in Verbindung mit den Erkrankungsfällen ein Zusammenhang mit Lebensmitteln vermutet?	Ja Nein Falls ja, haben sie ein spezielles Lebensmittel im Verdacht?
Unter welchen Beschwerden leiden die Erkrankten	Durchfall Erbrechen Fieber Sonstiges:
Gibt es ihrer Kenntnis nach schwere Erkrankungsfälle mit Krankenhausaufenthalt?	Ja Nein
Welche Maßnahmen wurden ihrerseits bereits ergriffen?	Information der Eltern über Erkrankungsfälle Aushang Verwendung von viruswirksamen Desinfektionsmitteln gemäß Hygieneplan Erhöhter Reinigungsintervall Desinfektion von Handkontaktflächen (Türgriffe etc.) Sonstiges
Welche Händedesinfektionsmittel sind in der Einrichtung vorhanden?	
Welche Flächendesinfektionsmittel sind in der Einrichtung vorhanden?	