**Meldung an: Fachdienst Gesundheitswesen des Kreises Wesel**

 **meldungen\_schulen@kreis-wesel.de**

|  |
| --- |
| **Situation:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Meldende Einrichtung:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Einrichtung** | **meldende Person** [ ] Sekretariat/Mitarbeiter  [ ]  Schulleitung/Kindergartenleitung |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Name:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | **Tel.:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | **E-Mail:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Betroffene Person:** [ ] Schüler\*in[ ] Lehrer\*in[ ] Kita-Kind[ ] Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Vorname:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **PLZ/Wohnort:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geb. Datum:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | **Telefon:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **E-Mail:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Information der Schule/des Kindergarten am:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **letzter Schulbesuch/****Kindergartenbesuch:** | Wochentag/Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeit: von: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.bis: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  |
| **Symptome aufgetreten ab:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Testung durchgeführt von:** **(Name/Adresse des Arztes / Einrichtung)** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anreise:** | [ ]  ÖPNV [ ]  alleinige Anreise (PKW, Fahrrad, …)[ ]  Fahrgemeinschaft, dabei Mitfahrer (Name und Kontaktdaten):Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.    |
| **besuchte Klasse/Gruppe/Kurse am letzten Schulbesuchstag**  | Klasse/Gruppe/Kurse:  |
| **Eingehaltene Hygienemaß-nahmen in der jeweiligen Kontaktgruppe**  | * Abstand 1,5 Meter eingehalten: [ ]  ja [ ]  nein
* MNB wurde von allen getragen: [ ]  ja [ ]  nein

wenn nein, von wem nicht:* Sonstige Maßnahmen:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| **Pausenkontakte:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Konferenzen:**  | Wochentag/Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zeit: von: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.bis: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Existierten in den letzten 14 Tagen Kontakte zu Betrieben / soz. päd. Einrichtungen? (z.B.: Anlage A, B3, C3, E)** | [ ]  ja [ ]  nein  |
| **Falls JA:** **letzter Kontakt:****Adresse und Ansprechpartner des Betriebes/der sozialpäda-gogischen Einrichtung** | Wochentag/Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Anlagen:**  | [ ]  Adressliste betroffener Schüler\*innen/ Kindergartenkinder[ ]  Sitzplan [ ]  Adressliste der betroffenen der Kolleginnen/Kollegen |
| **Schulinterne/Kindergarteninterne Maßnahmen:** [ ]  keine [ ]  folgende:**Bemerkungen:**Schüler\*innen/Eltern durch Schule/Kindergarten bereits vorab informiert: [ ]  ja [ ]  neinKollegen\*innen durch Schule/Kindergarten bereits vorab informiert: [ ]  ja [ ]  nein |
| **Datum:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Unterschrift:** | **gez.** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |