**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\*inLehrer\*inKita-KindKlicken 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  nein  Kollegen\*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. | | | | |