Gesundheitsamt – Team Gesundheitsschutz
Tel.: 05151 /903-5555, Fax: 05151 / 903-5002
E-Mail: infektionsschutz@hameln-pyrmont.de

Landkreis Hameln-Pyrmont

Anlage zum Meldeformular vom: ____ gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG für Bewohner*innen / Patient*innen

Einrichtung: ____ **Meldung am:** ____ **durch:** ____

Personalien	Angaben zur Erkrankung	Aufenthalt/ Beh. Arzt	Verlegt / Entlassen nach...
Name, Vorname:	Symptome: ☐ Durchfall ☐ Erbrechen ☐ Bauchschmerzen	Wohnbereich/ Station/ Abteilung:	>>Bitte auswählen<<
Geb. am: Geschlecht: auswählen	Andere:	Telefon:	am:
Str. Haus-Nr.:	Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger:	Isoliert: ☐ Ja ☐ Nein	Anschrift:
PLZ: Ort:	Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Arzt:	
Telefon:		Telefon:	
Name, Vorname:	Symptome: ☐ Durchfall ☐ Erbrechen ☐ Bauchschmerzen	Wohnbereich/ Station/ Abteilung:	>>Bitte auswählen<<
Geb. am: Geschlecht: auswählen	Andere:	Telefon:	am:
Str. Haus-Nr.:	Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger:	Isoliert: ☐ Ja ☐ Nein	Anschrift:
PLZ: Ort:	Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Arzt:	
Telefon:		Telefon:	
Name, Vorname:	Symptome: ☐ Durchfall ☐ Erbrechen ☐ Bauchschmerzen	Wohnbereich/ Station/ Abteilung:	>>Bitte auswählen<<
Geb. am: Geschlecht: auswählen	Andere:	Telefon:	am:
Str. Haus-Nr.:	Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger:	Isoliert: ☐ Ja ☐ Nein	Anschrift:
PLZ: Ort:	Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Arzt:	
Telefon:		Telefon:	
Name, Vorname:	Symptome: ☐ Durchfall ☐ Erbrechen ☐ Bauchschmerzen	Wohnbereich/ Station/ Abteilung:	>>Bitte auswählen<<
Geb. am: Geschlecht: auswählen	Andere:	Telefon:	am:
Str. Haus-Nr.:	Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger:	Isoliert: ☐ Ja ☐ Nein	Anschrift:
PLZ: Ort:	Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Arzt:	
Telefon:		Telefon:	