

Anlage zum Meldeformular vom: gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG für **Personal**

Einrichtung:	Meldung am:	durch:	
Personalien	Angaben zur Erkrankung	Arbeitsplatz	Tätigkeit
Name, Vorname: Geb. am: Geschlecht: Str. Haus-Nr.: PLZ: Ort: Telefon:	Symptome: Durchfall Erbrechen Bauchschmerzen Andere: Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger: Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Station / Wohnbereich: Telefon:	Aufgaben z.Zt. im Dienst? Ja Nein
Name, Vorname: Geb. am: Geschlecht: Str. Haus-Nr.: PLZ: Ort: Telefon:	Symptome: Durchfall Erbrechen Bauchschmerzen Andere: Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger: Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Station / Wohnbereich: Telefon:	Aufgaben z.Zt. im Dienst? Ja Nein
Name, Vorname: Geb. am: Geschlecht: Str. Haus-Nr.: PLZ: Ort: Telefon:	Symptome: Durchfall Erbrechen Bauchschmerzen Andere: Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger: Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Station / Wohnbereich: Telefon:	Aufgaben z.Zt. im Dienst? Ja Nein
Name, Vorname: Geb. am: Geschlecht: Str. Haus-Nr.: PLZ: Ort: Telefon:	Symptome: Durchfall Erbrechen Bauchschmerzen Andere: Erste Symptome am: Diagnose am: Erreger: Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Station / Wohnbereich: Telefon:	Aufgaben z.Zt. im Dienst? Ja Nein