

Anlage zum Meldeformular vom ____/____/____ gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG für **Personal**
ggf.: Datum des Ausbruchbeginnes

Einrichtung: (Stempel, ☎) **Meldung am:** **durch:** **Seite:**

Personalien	Angaben zur Erkrankung	Arbeitsplatz	Tätigkeit
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: . . . Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/> Str.: _____ ☎ PLZ: _____ Ort: _____	Symptome: <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges Erste Symptome am: _____ Diagnose am: _____ Erreger: _____ Wahrscheinliche Infektionsquelle: _____	Station / Wohnbereich: ☎	Aufgaben: z. Zt. im Dienst: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: . . . Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/> Str.: _____ ☎ PLZ: _____ Ort: _____	Symptome: <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges Erste Symptome am: _____ Diagnose am: _____ Erreger: _____ Wahrscheinliche Infektionsquelle: _____	Station / Wohnbereich: ☎	Aufgaben: z. Zt. im Dienst: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: . . . Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/> Str.: _____ ☎ PLZ: _____ Ort: _____	Symptome: <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges Erste Symptome am: _____ Diagnose am: _____ Erreger: _____ Wahrscheinliche Infektionsquelle: _____	Station / Wohnbereich: ☎	Aufgaben: z. Zt. im Dienst: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: . . . Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/> Str.: _____ ☎ PLZ: _____ Ort: _____	Symptome: <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges Erste Symptome am: _____ Diagnose am: _____ Erreger: _____ Wahrscheinliche Infektionsquelle: _____	Station / Wohnbereich: ☎	Aufgaben: z. Zt. im Dienst: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Name: _____ Vorname: _____ geb. am: . . . Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/> Str.: _____ ☎ PLZ: _____ Ort: _____	Symptome: <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges Erste Symptome am: _____ Diagnose am: _____ Erreger: _____ Wahrscheinliche Infektionsquelle: _____	Station / Wohnbereich: ☎	Aufgaben: z. Zt. im Dienst: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein