

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

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

Personalien	Angaben zur Erkrankung	Aufenthalt / Beh. Arzt	Verlegt / Entlassen nach
Name: Vorname: geb. am: Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>	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:	Wohn-/ Pflegebereich: ☎ isoliert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arzt: ☎	<input type="checkbox"/> Wohn-/ Pflegebereich: <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim/Krankenhaus am . . Anschrift:
Name: Vorname: geb. am: Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>	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:	Wohn-/ Pflegebereich: ☎ isoliert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arzt: ☎	<input type="checkbox"/> Wohn-/ Pflegebereich: <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim/Krankenhaus am . . Anschrift:
Name: Vorname: geb. am: Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>	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:	Wohn-/ Pflegebereich: ☎ isoliert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arzt: ☎	<input type="checkbox"/> Wohn-/ Pflegebereich: <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim/Krankenhaus am . . Anschrift:
Name: Vorname: geb. am: Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>	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:	Wohn-/ Pflegebereich: ☎ isoliert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arzt: ☎	<input type="checkbox"/> Wohn-/ Pflegebereich: <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim/Krankenhaus am . . Anschrift:
Name: Vorname: geb. am: Geschlecht w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>	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:	Wohn-/ Pflegebereich: ☎ isoliert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arzt: ☎	<input type="checkbox"/> Wohn-/ Pflegebereich: <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> anderes Pflegeheim/Krankenhaus am . . Anschrift: