

Meldeformular §34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz bei Auftreten von 2 oder mehr gleichartigen Erkrankungen (Ausbruch)

Bitte füllen Sie das Formular vollständig (elektronisch) aus, speichern es und senden es anschließend verschlüsselt per Cryptshare (Button) an: ifsg@lkbh.de

Tel-Nr.: 0761-2187-3212

Gemeinschaftseinrichtung: _____

Name d. meldenden Person: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Datum: _____

Nr	Name, Vorname	Geburts- datum	Anschrift	Telefon- nummer	Meldepflichtige Erkrankung (z.B. Windpocken)	Kind	Personal	Letzter Tag in GemEinr.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								