

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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Diagnose am: . . . Erreger: Wahrscheinliche Infektionsquelle:	Station / Wohnbereich: ☎	Aufgaben: z.Zt im Dienst: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

**unverzüglich** – innerhalb von 24 Stunden – zu **melden** → per Fax 0511/616-48576 an Region Hannover Fachbereich Gesundheitsmanagement