

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	Entlassung/Verlegt
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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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: . . . Labor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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:

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