

Meldeformular §34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz



Email: infektionsschutz@ira-ebe.de

Fax-Nr.: 08092/823-390

Tel-Nr.: 08092/823-377

Gemeinschaftseinrichtung: _____ Name d. meldenden Person: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____ Datum: _____

Nr	Name Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Telefonnummer	Meldepflichtige Erkrankung (z.B. Windpocken)	Kind	Personal	Letzter Tag in GemEinr
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	