**Name der meldenden Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende Personen sind (vermutllich) an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ erkrankt:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lfd. Nr. | Name, Vorname | Geburts-datum | Adresse | Telefonnummer | Erkrankt ab (ärztlich bestätigt?) | Sonstiges, z.B. Symptome, Verlegung ins KH, Laboruntersuchung (Stuhl) durchgeführt,  | letzter Tag in der Einrichtung |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |

 ( Name/Bezeichnung der Krankheit)