LANDKREIS VORPOMMERN–GREIFSWALD

Gesundheitsamt/Sachgebiet Hygiene und Umweltmedizin

Meldeformular für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Bei Fallhäufungen auszufüllen (Häufung = ab 2 erkrankten Personen) | *Bitte ausschließlich am PC ausfüllen.*

Erkrankung:			
Einrichtungsname:		**Ansprechpartner/-innen:**	
Adresse der Einrichtung:		**Telefonnummer:**	
Anzahl der Anwesenden in der Einrichtung/auf der Station (Patient/Personal):		**E-Mail-Adresse:**	

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Adresse	Telefonnummer	Erkrankungsbeginn	Hospitalisierung	Symptome	Entlassung/ geplante Entlassung	Station

Symptome			
A	Ausschlag	**B**	Bauchschmerzen
D	Durchfall	**E**	Erbrechen
F	Fieber	**H**	Husten
S	Schnupfen	**Ü**	Übelkeit

Meldedatum: _____

Bitte senden Sie die ausgefüllte Liste an gesundheitsamt@kreis-vg.de
Stand: 05.12.2024

Name	Vorname	Geburts-datum	Geschlecht	Adresse	Telefon-nummer	Erkran-kungs-beginn	Hospitali-sierung	Symptome	Entlassung/ geplante Entlassung	Station