

Anlage zum Meldeformular vom \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG für **Patienten**  
 ggf.: Datum des Ausbruchbeginnes

**Einrichtung:** (Stempel, ☎)

**Meldung am:**

**durch:**

**Seite:**

Personalien	Angaben zur Erkrankung	Aufenthaltsort	Entlassung/Verlegt
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:  ☎	<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"/> 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:  ☎	<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"/> 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:  ☎	<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"/> 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:  ☎	<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"/> 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:  ☎	<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