
Name der Einrichtung

Straße und Hausnummer

_____ _____
PLZ **Ort**

_____ _____
Telefon **Fax**

Meldende Person

**An den
 Landkreis Fulda,
 Fachbereich Gesundheit**

Fax-Nr.: 0661/6006-6071

Gesundheitliche Anforderungen und Mitwirkungspflichten nach § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
 hier: Liste der Erkrankten

- _____ -
 Erkrankungen (siehe Meldeformular § 34 IfSG)

Nr.	Name	Vorname	Geb.	Adresse (Straße, Wohnort)	Telefon	Gruppe/ Klasse/	Symptome	Erkrankungs- beginn	Letzter Tag in der Einrichtung