**Krankenhaus**

**………………………………………………...........Ansprechpartner (Name, Tel.-Nr.)**

Landratsamt Reutlingen

Kreisgesundheitsamt

St.-Wolfgang-Str. 13

72764 Reutlingen

Tel.: (07121) 480-4310

Fax1: (07121) 480-1818

Fax2: (07121) 480-1817

**Krankenhaus-Meldung**

# **Häufung akuter infektiöser Gastroenteritis**

# **oder mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung**

**§ 6 (1) IfSG**

**Patienten od. Personal**

**NUR NEUERKRANKUNGEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd.Nr*.,* Name, Vorname, Adresse, ggf. Tel. | Geburts-datum | Erkran-kungs-datum | Labordiagnose  *z.B:*  *Norovirus pos.-oder: „steht aus“ oder. „keine“* | Zutreffendes bitte ankreuzen | | | |
| Durch-fall | Er-brechen | sonstige Symptome |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………… ……………………………………..........................

DatumUnterschrift der meldenden Person