



# Fortsetzung Benachrichtigung gem. § 34 (6) IfSG

Meldende Einrichtung:

Datum:

<b>Betroffene Person</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ⚧
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Erkrankung am:	Besuch der Einrichtung bis:	
krank zu Hause	in der Einrichtung betreut	in Gruppe / Klasse:
im Krankenhaus behandelt	in der Einrichtung tätig	
sonstiges:		
<i>z.B. bereits erfolgte Behandlung / Wiederzulassung</i>		

<b>Betroffene Person</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ⚧
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Erkrankung am:	Besuch der Einrichtung bis:	
krank zu Hause	in der Einrichtung betreut	in Gruppe / Klasse:
im Krankenhaus behandelt	in der Einrichtung tätig	
sonstiges:		
<i>z.B. bereits erfolgte Behandlung / Wiederzulassung</i>		

<b>Betroffene Person</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ⚧
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Erkrankung am:	Besuch der Einrichtung bis:	
krank zu Hause	in der Einrichtung betreut	in Gruppe / Klasse:
im Krankenhaus behandelt	in der Einrichtung tätig	
sonstiges:		
<i>z.B. bereits erfolgte Behandlung / Wiederzulassung</i>		

<b>Betroffene Person</b>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ⚧
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Erkrankung am:	Besuch der Einrichtung bis:	
krank zu Hause	in der Einrichtung betreut	in Gruppe / Klasse:
im Krankenhaus behandelt	in der Einrichtung tätig	
sonstiges:		
<i>z.B. bereits erfolgte Behandlung / Wiederzulassung</i>		

**Bitte zurücksenden an das Landratsamt Main-Spessart**

- Gesundheitsamt Karlstadt -

Verschlüsselte Übermittlung:  
**Upload via ShareFile**

E-Mail:  
**gesundheitsamt@lramp.de**

Fax:  
**09353 / 793-7600**