



**Erfassungsblatt Erkrankungshäufung**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/-in in der Einrichtung:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Meldung an die Abteilung für Gesundheitsangelegenheiten erfolgte am \_\_\_\_\_ **Fax.: 02821 85-530**

Lfd. Nr.	Name / Vorname	Geb.	Anschrift	Gruppe	Symptome	Erkrankt	Wieder in Einrichtung