

AFP-Meldeformular Nr. 1

An
Gabriela El Belazi
Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung III/A/1
Radetzkystraße 2
1031 Wien
E-Mail: gabriela.elbelazi@bmg.gv.at, Fax 01 7134404-1619

Diese Meldung bitte **sofort mit dem Meldeformular Nr. 2 bzw. bei Leermeldung am Ende jedes Monats (bis spätestens 5. des Folgemonats)** an das Bundesministerium für Gesundheit per E-Mail bzw. Fax und an die Landessanitätsbehörde **einsenden**.

FÄLLE VON POLIO UND AKUTER SCHLAFFER LÄHMUNG (AFP)

Krankenhaus:

(Stampiglie der Krankenanstalt)

Monat:

Zahl der innerhalb des genannten Monats aufgetretenen Fälle von akuter schlaffer Lähmung bei Kindern unter 15 Jahren:

Ist ein Fall von akuter schlaffer Lähmung aufgetreten, sind weitere Daten zu übermitteln (Meldeformular Nr. 2).

Datum:

Unterschrift: