Anlage I

ANZEIGE gemäß § 2 Abs. 1 des EPIDEMIEGESETZES 1950
INNERHALB VON 24 STUNDEN
DER ZUSTÄNDIGEN BEZIRKSVERWALTUNGSBEHÖRDE ANZUZEIGEN

Absender/in:

_____

_____

_____

An die/den
Bezirkshauptmannschaft/Magistrat – Gesundheitsamt

_____

Porto zahlt Empfänger!

ANZEIGE*

Verdacht auf	
Erkrankungsdatum	
Diagnosedatum	
Erkrankung an	
Gibt es einen Verdacht auf weitere Erkrankte/Infizierte in Zusammenhang mit dem Erkrankten?	Ja ☐ Nein ☐
Todesfall an	
Todesdatum	
Verdacht betr. eines/r gesunden Ausscheiders/in von aktuelles Diagnosedatum	

*** Erkrankung und Todesfall sind gesondert anzuführen.**

Familienname/Nachname Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich
Nationalität	
Telefonnummer	
SVNR	
SV-Träger	
Wohnadresse	Straße: Nummer: PLZ: Ort:
Aufenthaltsadresse (falls diese nicht mit der Wohnadresse übereinstimmt)	Straße: Nummer: PLZ: Ort:

Impfstatus in Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung	☐ 1 Impfung ☐ 2 Impfung ☐ 3 Impfung ☐ >3 Impfung ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt
Datum der letzten Impfung	
vermutete Infektionsquelle oder Infektionsvehikel inkl. deren Ortsangabe	
Wurde die Krankheit importiert wenn ja, aus welchem Land?	☐ Ja ☐ Nein
Welche Symptome sind aufgetreten?	
Beruf * beschäftigt bei in lebensmittelverarbeitendem Betrieb oder Gastgewerbe tätig?	 ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, Adresse	Straße: Nummer: PLZ: Ort:
Welche/r Schule (Klasse), Kindergarten, Gemeinschafts-einrichtung und dgl. wird von der/dem Erkrankten besucht?	
Welche Schulen oder Kindergärten, werden von den Kindern aus dem Haushalt der erkrankten Kontaktperson besucht?	
Krankenhausaufnahme	☐ Ja ☐ Nein
Datum der Krankenhausaufnahme	
Wurde die/der Kranke abgesondert	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wo?	
Datum der Absonderung	
Wenn nein, warum nicht?	
Name, Adresse und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelten Arztes oder der meldenden Stelle	
Weitere Anmerkungen	

***Bei Kindern beziehen sich die Angaben auf die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.**

Ort und Datum

Unterschrift und Adresse der/des Anzeigenden