

SCHLUSSANZEIGE

Absender/in:

An die/den
Bezirkshauptmannschaft/Magistrat – Gesundheitsamt

Porto zahlt Empfänger!

einer Erkrankung an	
Ort der Erkrankung	
Familienname/Nachname Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnadresse bzw. Adresse des Aufenthalts	Straße: Nummer: PLZ: Ort:
Datum der Erkrankung	
Datum der Krankenhausaufnahme	
Datum der Krankenhausentlassung	
Bezeichnung der Krankenanstalt	
Datum der Übersiedlung* Adresse	Straße: Nummer: PLZ: Ort:
Datum des Todes	
Geheilt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde während der Erkrankung ein positiver Erregerbefund erhoben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Wenn ja, Bezeichnung der/s Erreger(s) und Angabe des Probematerials	

*Hier ist die Begründung eines neuen Wohnsitzes gemeint.

_____ Ort und Datum

_____ Unterschrift und Adresse der/des Anzeigenden