

Erfassungsliste für erkrankte Kinder

Meldende Person: _____

Tel.-Nr. für Rückruf: _____

Einrichtung _____

Datum: _____

Name, Vorname (Adresse)	Geburtsdatum	Gruppe/Klasse	Behandelnder Arzt	Beginn der Erkrankung	Symptome	Sonstiges

* **Symptome:** z.B. "E" = Erbrechen; "D" = Durchfall; "F" = Fieber und weitere Kürzel

Bei Bedarf werden durch das Gesundheitsamt ggfs. weitere Daten angefordert.