

**Meldung eines Arbeitnehmers einer medizinischen Einrichtung, welcher aus einem Risikogebiet zurückgekehrt ist**

**Arbeitgeber/Einrichtung**

---

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Ansprechpartner für das Gesundheitsamt:

Kontaktdaten des Ansprechpartners:

**Informationen zum Arbeitnehmer**

---

Name des Risikogebietes:

Datum der Einreise:

Nachname:

Vorname:

Geb.datum (tt.mm.yyyy) :

Straße +Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefon-Nr. :

Mobil:

Hausarzt (Name und Ort) :