

Mitteilung mit personenbezogenen Angaben bei Läusebefall
nach dem Infektionsschutzgesetz
(FD Gesundheit Emden/ Fax. Nr.: 87 1679)

Name der Einrichtung:

Datum der Mitteilung:

Namentliche Mitteilung bei Erstmeldung/ Erstbefall

Name:	Geb.- Dat.:	Klasse:	Straße, Nr.	EMD (X)
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Namentliche Mitteilung bei Wiederholungsmeldung (innerhalb 4 Wochen nach Erstbefall)

Name:	Geb.- Dat.:	Klasse:	Straße, Nr.	EMD (X)
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>