

Meldung von Kopflausbefall in der Gemeinschaftseinrichtung (IfSG §34)

Einrichtung: KIGA Kita Krippe Schule Stempel der Einrichtung:

Meldedatum:

Meldende Person:

Telefon Nr:

Erkrankte/r: <u>Angaben zur Person</u>	Geburtsdatum	Gruppe/Klasse
Name/ Vorname: <input type="text"/> Straße, Hausnummer: . <input type="text"/> PLZ. <input type="text"/> Ort: . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/ Vorname: <input type="text"/> Straße, Hausnummer: . <input type="text"/> PLZ. <input type="text"/> Ort: . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/ Vorname: <input type="text"/> Straße, Hausnummer: . <input type="text"/> PLZ. <input type="text"/> Ort: . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/ Vorname: <input type="text"/> Straße, Hausnummer: . <input type="text"/> PLZ. <input type="text"/> Ort: . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/ Vorname: <input type="text"/> Straße, Hausnummer: . <input type="text"/> PLZ. <input type="text"/> Ort: . <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Meldebogen vollständig ausgefüllt an das Landratsamt Tübingen, Abt. Gesundheit, Wilhelm Keil Str. 50, 72072 Tübingen zurück senden!

Fax Nr.: **07071/2073331**

e-mail: ifsg@kreis-tuebingen.de

Wird vom Landratsamt Tübingen, Abt. Gesundheit, ausgefüllt.

Eingang über IfSG-Telefon bei: _____ . An Sachgebiet I weiterleiten. Mit der Bitte um Kenntnisnahme.