Ergänzung zur Meldung nach § 34 Infektionsschutzgesetz

Meldedatum: _____
Tag Monat Jahr

An das Kreisgesundheitsamt Odenwaldkreis -
Per Fax: 06062 70448
Per E-Mail: infektionsschutz@odenwaldkreis.de

Meldende Einrichtung:

_____

Name, Vorname	Geburts-datum	w,m,d	Erkrankungs-beginn am:	Telefon	Adresse	Haus-/Kinderarzt