

**ANZEIGE gemäß § 2 Abs. 1 des EPIDEMIEGESETZES 1950  
INNERHALB VON 24 STUNDEN  
DER ZUSTÄNDIGEN BEZIRKSVERWALTUNGSBEHÖRDE ANZUZEIGEN**

Absender/in:

\_\_\_\_\_

**An das  
Gesundheitsreferat Lienz  
Bezirkshauptmannschaft  
Dolomitenstraße 3  
9900 Lienz  
Fax 04852/6633/746675**

**Porto zahlt Empfänger!**

**ANZEIGE\***

Verdacht auf	
Erkrankungsdatum	
Diagnosedatum	
Erkrankung an	
Gibt es einen Verdacht auf weitere Erkrankte/Infizierte in Zusammenhang mit dem Erkrankten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Todesfall an	
Todesdatum	
Verdacht betr. eines/r gesunden Ausscheiders/in von  aktuelles Diagnosedatum	

\* **Erkrankung und Todesfall sind gesondert anzuführen.**

Familienname/Nachname Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Nationalität	
Telefonnummer	
SVNR	
SV-Träger	
Wohnadresse	Straße: Nummer: PLZ:    Ort:
Aufenthaltsadresse (falls diese nicht mit der Wohnadresse übereinstimmt)	Straße: Nummer: PLZ:    Ort:

Impfstatus in Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung	<input type="checkbox"/> 1 Impfung <input type="checkbox"/> 2 Impfung <input type="checkbox"/> 3 Impfung <input type="checkbox"/> >3 Impfung <input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt
Datum der letzten Impfung	
vermutete Infektionsquelle oder Infektionsvehikel inkl. deren Ortsangabe	
Wurde die Krankheit importiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, aus welchem Land?	
Welche Symptome sind aufgetreten?	
Beruf * beschäftigt bei	
in lebensmittelverarbeitendem Betrieb oder Gastgewerbe tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Adresse	Straße: Nummer: PLZ: <span style="float: right;">Ort:</span>
Welche/r Schule (Klasse), Kindergarten, Gemeinschaftseinrichtung und dgl. wird von der/dem Erkrankten besucht?	
Welche Schulen oder Kindergärten, werden von den Kindern aus dem Haushalt der erkrankten Kontaktperson besucht?	
Krankenhausaufnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum der Krankenhausaufnahme	
Wurde die/der Kranke abgesondert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo?	
Datum der Absonderung	
Wenn nein, warum nicht?	
Name, Adresse und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelten Arztes oder der meldenden Stelle	
Weitere Anmerkungen	

\*Bei Kindern beziehen sich die Angaben auf die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Adresse der/des Anzeigenden