

Das Formular können Sie am Bildschirm ausfüllen, ausdrucken und per Post an die angegebene Adresse senden bzw. persönlich dort abgeben. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen kann nicht auf Ihre rechtsverbindliche Unterschrift verzichtet werden. Daher ist derzeit eine Online-Übermittlung leider nicht möglich.

Landratsamt Miltenberg  
Gesundheitsamt  
Brückenstraße 2  
63897 Miltenberg

## Meldung nach § 34 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

per E-Mail: [gesundheitsamt@lra-mil.de](mailto:gesundheitsamt@lra-mil.de)

per Fax: 09371 501-524

Erkrankung  Krankheitsverdacht an/auf   
erkrankt am

### Schule/Gemeinschaftseinrichtung

|                |                      |                          |
|----------------|----------------------|--------------------------|
| Name           | <input type="text"/> |                          |
| Anschrift      | <input type="text"/> |                          |
| Ansprechperson | <input type="text"/> |                          |
| Telefon        | <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> |
| E-Mail         | <input type="text"/> |                          |

### Angaben zum erkrankten Kind / zur erkrankten Person

|   |                          |                                |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Name  | <input type="text"/>     | Vorname                        | <input type="text"/>           |
| Geburtsdatum  | <input type="text"/>     | <input type="radio"/> weiblich | <input type="radio"/> männlich |
| Anschrift<br><small>(Straße, Hs.-Nr., PLZ und Ort)</small>  | <input type="text"/>     |                                |                                |
| Name des/der Sorgeberechtigten  | <input type="text"/>     |                                |                                |
| Anschrift des/der Sorgeberechtigten<br><small>(Straße, Hs.-Nr., PLZ und Ort)</small>  | <input type="text"/>     |                                |                                |
| Telefonnummer   | <input type="text"/>     |                                |                                |
| Gruppe/Klasse   | <input type="text"/>     |                                |                                |
| abgesondert zu Hause  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein     |                                |
| letzter Anwesenheitstag   | <input type="text"/>     |                                |                                |
| Bemerkungen<br><small>(insbesondere erwünscht sind Angaben über vermutliche Ansteckungsquelle, epidemiologische Zusammenhänge, Schutzimpfungen)</small> | <input type="text"/>     |                                |                                |

Ort, Datum

Unterschrift