

Anlage II

SCHLUSSANZEIGE

Absender/in:

.....

An die/den

Bezirkshauptmannschaft/Magistrat – Gesundheitsamt

.....

Porto zahlt Empfänger!

| | |
|--|---|
| einer Erkrankung an | ..... |
| Ort der Erkrankung | ..... |
| Familienname/Nachname | ..... |
| Vorname | ..... |
| Geburtsdatum | ..... |
| Wohnadresse bzw. Adresse des Aufenthalts | Straße: Nummer: PLZ: Ort: |
| Datum der Erkrankung | ..... |
| Datum der Krankenhausaufnahme | ..... |
| Datum der Krankenhausentlassung | ..... |
| Bezeichnung der Krankenanstalt | ..... |
| Datum der Übersiedlung ¹ | ..... |
| Adresse | Straße: Nummer: PLZ: Ort: |

¹ Hier ist die Begründung eines neuen Wohnsitzes gemeint

| | | |
|---|-----------|--------------------------|
| Datum des Todes | ..... |  |
| Geheilt | Ja | <input type="checkbox"/> |
| | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Wurde während der Erkrankung ein positiver Erregerbefund erhoben? | Ja | <input type="checkbox"/> |
| | Nein | <input type="checkbox"/> |
| | unbekannt | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, Bezeichnung der/s Erreger(s) und | ..... |  |
| Angabe des Probematerials | ..... |  |

....., den

Ort und Datum

.....

Unterschrift und Adresse der/desAnzeigenden