



## Meldung an das zuständige Gesundheitsamt

(gemäß § 20 Infektionsschutzgesetz (IfSG))

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mitte                | <input type="checkbox"/> Friedrichshain/Kreuzberg   |
| <input type="checkbox"/> Pankow               | <input type="checkbox"/> Charlottenburg/Wilmersdorf |
| <input type="checkbox"/> Spandau              | <input type="checkbox"/> Zehlendorf/Steglitz        |
| <input type="checkbox"/> Tempelhof/Schöneberg | <input type="checkbox"/> Neukölln                   |
| <input type="checkbox"/> Treptow/Köpenick     | <input type="checkbox"/> Marzahn/Hellersdorf        |
| <input type="checkbox"/> Lichtenberg          | <input type="checkbox"/> Reinickendorf              |

### 1. Meldung durch die Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 33 IfSG)

(z.B. Kita, Kindertagespflege, Schule, Jugendhilfeangebote, sonstige Ausbildungseinrichtungen)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten (E-Mail, Telefon): \_\_\_\_\_

Name, Vorname der meldenden Person: \_\_\_\_\_

Funktion der meldenden Person \_\_\_\_\_

### 2. Meldung zu folgender Person

Die Person wird seit dem \_\_\_\_\_  betreut/ beschult/ ausgebildet

Die Person ist seit dem \_\_\_\_\_ in der o.g. Einrichtung tätig.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  w  m  d

Hauptwohnsitz/Anschrift: \_\_\_\_\_

ggf. Anschrift des derzeitigen Aufenthalts: \_\_\_\_\_

ggf. Anschrift Personensorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten (E-Mail, Telefonnummer): \_\_\_\_\_

**Der Nachweis für die o.g. Person wurde nicht erbracht oder ist nicht prüfbar.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift