



**Meldung nach § 20 Abs. 9 IfSG an das Gesundheitsamt von BESCHÄFTIGTEN
in Einrichtungen nach:**

**§ 23 Absatz 3 Satz 1,
§ 33 Nummer 1 bis 4 oder
§ 36 Absatz 1 Nummer 4**

Name der meldenden Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer/ Email: _____

Angaben der zu meldenden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Die Meldung erfolgt auf Grund IfSG § 20 Absatz 9 Satz 2.

**Bitte senden Sie uns Ihre Meldungen über
unsere datenschutzkonforme Upload-Seite:**

<https://upload.gesundheitsamt-dadi.de>