

**Meldung nach §6 Infektionsschutzgesetz**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl	
Wohnort	
Telefon	
Mailadresse	
Symptome	
Symptombeginn	
Testdatum	
Abstreichende Praxis	

Bitte ausgefüllte Meldung an das Gesundheitsamt Ludwigsburg schicken:

FAX: 07141 / 144 - 59501

Mail: gesundheitschutz@landkreis-ludwigsburg.de