Fall Nr.	Name	Vorname	m/w	Geb.	Personal/Mitarbeiter	Anschrift	Telefonnummer	Wohnbereich	Beginn der Sympt.	Ende der Sympt.	Was für Symptome	Laborbestätigung/ Stuhlkontrolle
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												