Fall Nr.	Name	Vorname	m/w	Geb.	Straße	Haus Nr	PLZ	Ort	Telefonnummer	letzter Aufenthalt (TT.MM.JJJJ)	Spielgruppe / Klasse	Beginn der Sympt.	Ende der Sympt.	Was für Symptome	Kinderarztbesuch
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															