

COVID-19 Meldeformular gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) - Vertraulich -

| | |
|---|--|
| Meldefall (Name, Vorname) _____ geb. am: __/__/_____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers Adresse (Hauptwohnsitz bzw. derzeitiger Aufenthaltsort) Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon (Festnetz, mobil): _____ E-Mail: _____ | <input type="checkbox"/> Verdacht Klinische Diagnose <input type="checkbox"/> Tod, Todesdatum: __/__/_____ Hospitalisierung wg. Covid-19 (s.u. "Epidemiologische Situation") Erkrankungsdatum ¹⁾ : __/__/_____ Diagnosedatum ¹⁾ : __/__/_____ Datum der Meldung: __/__/_____ (Wahrscheinlicher) Infektionszeitpunkt, -zeitraum ¹⁾ : am/vom: __/__/_____ bis __/__/_____ |
|---|--|

Klinische Angaben

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) SARS-CoV-2

Klinisches Bild:

- Lungenentzündung (Pneumonie)
 Akute respiratorische Symptome jeder Schwere
 Husten Halsschmerzen/-entzündung
 Schnupfen, Atemstörung (Dyspnoe)
 andere: _____
 Geruchs- und Geschmacksverlust/störungen (neu aufgetreten)
 Fieber
 Keine Covid-19 kompatiblen Symptome / asymptomatisch

Kontaktperson

- enger Kontakt (KP1) mit einem bestätigten Covid-19 Fall

Behandlungsergebnis (sofern bekannt)

Labordiagnostik (außerhalb von Laboren)

Positiver Antigen-Nachweis / PoC Test

Probennahme am __/__/_____
 Testsystem (Handelsname, Fa.): _____
 Untersuchungsmaterial
 nasopharygealer Abstrich oropharygealer Abstrich
 Anderes: _____

Bestätigungstest (PCR) bereits veranlasst: ja nein

Serostatus

Probennahme am __/__/_____
 Ergebnis Antikörper-Test:
 IgM positiv IgM negativ
 IgG positiv IgG negativ

Angaben zum COVID-19 Impfstatus

| | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geimpft | 1. Impfung: __/__/_____ 1. Impfstoff: _____ | 3. Impfung: __/__/_____ 3. Impfstoff: _____ | <input type="checkbox"/> Nicht geimpft |
| | 2. Impfung: __/__/_____ 2. Impfstoff: _____ | 4. Impfung: __/__/_____ 4. Impfstoff: _____ | <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt |

Epidemiologische Situation

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 3 bzw. 5 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> Besucher*in Überweisung am __/__/_____ Aufnahme am __/__/_____ Entlassung am __/__/_____ Intensivmed. Behandlung <input type="checkbox"/> nein ja, falls ja, von __/__/_____ bis __/__/_____ Beatmaßmaßnahmen nein ja, falls ja, nicht-invasiv invasiv ECMO <input type="checkbox"/> Meldefall ist in Einrichtungen / Unternehmen (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> Besucher*in <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Asylbewerberunterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Einricht./Unternehmen: <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> sonst. Massenunterkünfte _____ <input type="checkbox"/> Zugehörigkeit zur Bundeswehr (BW) <input type="checkbox"/> Soldat*in / BW-Angehörige/r <input type="checkbox"/> Zivilperson (untergebracht in BW-Einrichtung) <input type="checkbox"/> Tätigkeit im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis) | Hier entspr. Name / Ort der Einrichtung sowie Kontaktdaten angeben: |
|--|---|

Angaben zum Infektionsumfeld

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchsort- und -zeitraum, Exposition _____ Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): _____ <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt von: __/__/_____ bis: __/__/_____ Land: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in anderem Kreis von: __/__/_____ bis: __/__/_____ Kreis: _____ <input type="checkbox"/> Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten _____ | |
|---|--|

| | | |
|--|---|---|
| ► unverzüglich zu melden an: Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes: _____ | Folgendes Labor / Untersuchungstelle wurde mit der weiteren Erregerdiagnostik beauftragt ²⁾ (Name/Ort/Telefonnr. des Labors): _____ | Meldende Person/Einrichtung (Ärztin/Arzt inkl. Arztnr. (LANR) und Betriebsstättennr. (BSNR), Praxis/Krankenhaus Adresse, Telefonr.): _____ |
|--|---|---|

¹⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

²⁾ Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).