

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 (Dyspneu)
 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

Geimpft (Impfstoff _____) Datum der 1. Impfung: __/__/____ Datum der 2. Impfung: __/__/____
 Nicht geimpft 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

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):

Auslandsaufenthalt von: __/__/____ bis: __/__/____ Land: _____
 Aufenthalt in anderem Kreis von: __/__/____ bis: __/__/____ Kreis: _____
 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).