

# 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 <span style="float: right;"><b>Klinische Diagnose</b></span> <input type="checkbox"/> Tod, Todesdatum: __/__/_____ <b>Hospitalisierung wg. Covid-19 (s.u. "Epidemiologische Situation")</b>  Erkrankungsdatum <sup>1)</sup> : __/__/_____ Diagnosedatum <sup>1)</sup> : __/__/_____ Datum der Meldung: __/__/_____ (Wahrscheinlicher) Infektionszeitpunkt, -zeitraum <sup>1)</sup> : 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  oropharyngealer 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: __/__/_____ 2. Impfung: __/__/_____ 1. Impfstoff: _____ 2. Impfstoff: _____	<input type="checkbox"/> Nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt	3. Impfung: __/__/_____ 4. Impfung: __/__/_____ 3. Impfstoff: _____ 4. Impfstoff: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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 <input type="checkbox"/> ja, falls ja, von __/__/_____ Beatmaßmaßnahmen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja, nicht-invasiv <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> 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: __/__/_____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in anderem Kreis von: __/__/_____ <input type="checkbox"/> Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten _____	bis: __/__/_____ bis: __/__/_____ Land: _____ Kreis: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

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

<sup>1)</sup> Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

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