(Falls ja, Befunddatum:……………………)

Telefonnummer: …………………….

Geburtsdatum: ……/……./…… Tag Monat Jahr

1. Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **unverzüglich zu melden an:** |  |  |  |  |
|  |  |  | Meldende Person(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer): |
|  | Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes: |  |
|  Version 25.03.2021 | **Datum der Meldung:** |  |
|  |  |

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

…………………….…………………

…………………….…………………

…………………….…………………

**Betroffene Person:** 🔿 weiblich 🔿 männlich 🔿 divers

(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse):

**Meldeformular** - Vertraulich –
**für COVID-19 gemäß § 6 IfSG**

🔿 **Verdacht** 🔿 **PCR-bestätigter Fall** 🔿 **Antigen-Schnelltest**

Datum der Verdachts-/Diagnose1): ……/……./…… (Tag/Monat/Jahr)

Infektionszeitraum: …………………………………………….

🔿 **verstorben,** Todesdatum: ……/……./…… (Tag/Monat/Jahr)

**Labor:**

🔿 **Es wurde ein PCR-Abstrich entnommen:**

Name/Ort des Labors ..........................................................................Probenentnahme am: ……………………

Hinweis auf Quarantäne als Verdachtsperson gem. Allgemeinverfügung Isolation erfolgt und Bescheinigung ausgestellt am: ……………………

Ergebnis: 🔿 positiv 🔿 negativ 🔿 Ergebnis liegt noch nicht vor

*Bei pos. PCR wird eine Quarantäne ab Symptombeginn für die betroffene Person und deren engen Kontaktpersonen erforderlich.*

Variantenspezifische PCR für den Fall einer positiven PCR veranlasst? 🔿 Ja 🔿 Nein

🔿 **Es wurde ein PCR-Abstrich durch weiterbehandelnden Arzt empfohlen (Quarantäne bis zum Eingang des Testergebnisses erforderlich):**

Name/Ort des weiterbehandelnden Arztes ................................................................................................., Quarantäne bescheinigt am: ……………………

🔿 **Antigen-Schnelltest** Ergebnis: 🔿 positiv 🔿 negativ; **Bestätigungs-PCR veranlasst?** 🔿 Ja 🔿 Nein

🔿 **Pos. Antikörpertest:**🔿 IgG-Nachweis 🔿 IgA-Nachweis 🔿 IgM-Nachweis

🔿 **anamnestisch bereits bekannte, labordiagnostisch gesicherte SARS-CoV-2-Infektion:** 🔿 Ja 🔿 Nein

**Impfstatus:**

**Gegen Sars-CoV-2 geimpft:** 🔿 Ja 🔿 NeinImpfstoff:..................................................................................................

Datum 1. Impfung: …………………… Datum 2. Impfung: ……………………

**Symptome/Befunde:**

**Symptombeginn am**1)**:** ………………….  **oder** 🔿 asymptomatisch/keinerlei Symptome

**Verlust des Geruchssinns:** 🔿 Ja 🔿 Nein **Verlust des Geschmackssinns:** 🔿 Ja 🔿 Nein

**Weitere Symptome:**
🔿 Halsschmerzen 🔿 Husten 🔿 Schnupfen 🔿 Allg. Krankheitszeichen

🔿 Tachykardie 🔿 Fieber 🔿 Durchfall

🔿 Tachypnoe 🔿 Dyspnoe 🔿 Pneumonie 🔿 beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

🔿 akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS) 🔿 Multiorganversagen 🔿 Nierenversagen

**Infektionsquelle**

🔿 Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion, Name des Erkrankten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🔿Personhattekeinen wissentlichen Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion

🔿 Reiseanamnese (Land/Zeitraum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wahrscheinliches Infektionsumfeld:**
🔿 unklar 🔿 Arbeitsplatz 🔿 Bildungs- / Betreuungseinrichtung 🔿 Gesundheitseinrichtung

🔿 Privater Haushalt 🔿 Einzelhandel 🔿 Freizeit 🔿 Gastronomie

🔿 Veranstaltung 🔿 Transportmittel 🔿 Übernachtung 🔿 Wohnstätten

🔿 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Betroffene Person ist**

 im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht**

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: ………………………. bis: ……………………….

intensivmedizinische Behandlung von: ………………………. bis: ……………………….

 in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 33, 36 Abs.1 u. 2 IfSG) 🔿 **tätig** 🔿 **betreut/untergebracht**

🔿 Schule 🔿 Kita 🔿 Heim 🔿 Obdachlosenunterkunft 🔿 gemeinschaftliche Asylunterkunft

🔿 JVA 🔿 Pflegeheim 🔿 sonst. Massenunterkünfte …………………….…………………

🔿 Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: …………………………………………………………



