

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

Meldefall (Name, Vorname)

geb. am: ____/____/____

Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers

Adresse (Hauptwohnsitz bzw. derzeitiger Aufenthaltsort)

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (Festnetz, mobil): _____

E-Mail: _____

☐ Verdacht **Klinische Diagnose**

☐ Tod, Todesdatum: ____/____/____

Hospitalisierung wg. Covid-19 (s.u. "Epidemiologische Situation")

Erkrankungsdatum¹⁾: ____/____/____

Diagnosedatum¹⁾: ____/____/____

Datum der Meldung: ____/____/____

(Wahrscheinlicher) **Infektionszeitpunkt, -zeitraum¹⁾:**

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

☐ nasopharyngealer 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

- ☐ Geimpft (Impfstoff _____) Datum der 1. Impfung: ____/____/____ Datum der 2. Impfung: ____/____/____
- ☐ Nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt

Epidemiologische Situation

- ☐ Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 3 bzw. 5 IfSG) ☐ tätig ☐ wird dort betreut ☐ Besucher*in

Überweisung am ____/____/____ Aufnahme am ____/____/____ Entlassung am ____/____/____

Intensivmed. Behandlung ☐ nein ja, falls ja, von ____/____/____ bis ____/____/____

Beatlungsmaßnahmen nein ja, falls ja, nicht-invasiv invasiv ECMO

- ☐ Meldefall ist in Einrichtungen / Unternehmen (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG) ☐ tätig ☐ wird dort betreut ☐ Besucher*in

☐ Schule ☐ Pflegeheim ☐ Obdachlosenunterkunft

☐ Kita ☐ JVA ☐ Asylbewerberunterkunft ☐ sonstige Einricht./Unternehmen:

☐ Heim ☐ sonst. Massenunterkünfte _____

- ☐ Zugehörigkeit zur Bundeswehr (BW)

☐ Soldat*in / BW-Angehörige/r ☐ Zivilperson (untergebracht in BW-Einrichtung)

- ☐ 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 beauftragt²⁾
(Name/Ort/Telefonnr. des Labors):

Meldende Person/Einrichtung

(Ärztin/Arzt inkl. Arztnr. (LANR) und Betriebsstättennr. (BSNR), Praxis/Krankenhaus Adresse, Telefonnr.):

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).