Patient/in (Name, Vorname, Adresse): Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

geb. am:

Tel.:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ **Verdacht**

☐ **Klinische Diagnose**

☐ **Tod** Todesdatum: .....

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht auf Infektionen mit Coronavirus

☐ **COVID-19 (Corona-Virus)**

Symptomatik

☐ Fieber > 38,0 C oder Schüttelfrost
☐ Husten
☐ Atemnot
☐ Atembeschwerden
☐ Durchfall
☐ Pneumonie

Epidemiologische Expostion

Aufenthalt innerhalb der letzten 14 Tage vor Erkrankungsbeginn

☐ **Reise/Aufenthalt in einem Risikogebiet Gem. RKI siehe** https://www.rki.de/DE/content/InfAZ/N/Neuartiges Coronavirus/Risikogebiete.html

Reise/Aufenthaltsgebiet/Land:

_____

_____

_____

Wann: _____

Patientenkontakt

☐ Direkter Kontakt mit Personen zu laborbestätigten COVID-19-Fällen

Bestätigter Fall aus welchen Bundesland

_____

_____

Symptombeginn:

_____

Abstrich

☐ **Es wurde ein Labor/ eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt**

Datum:

_____

Name/Ort des Labors:

_____

☐ **Abstrich zusätzlich auf Influenza:**

☐ **Datum:**

_____

☐ **Geimpft gegen Influenza**

Bemerkungen:

_____

_____

_____

Epidemiologische Situation

☐ Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
☐ Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
☐ Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig**, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
☐ Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
☐ Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: .....Name/Ort der Einrichtung: .....
☐ Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....
☐ Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland):. .....
..... von: .....bis: .....
☐ Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
☐ Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt[2)]
Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

▶ **unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum[3)]:

.....

Diagnosedatum[3)]:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

Version 01.05.2016

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.
2) Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).
3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.