

Meldeformular für COVID-19

gemäß § 6 IfSG Stand 02.10.2020

per Fax an 0421 - 496 15 918

ggf. Patienten-Etikett

vom Arzt auszufüllen

- Begründeter COVID-19 Verdachtsfall**
 Laborbestätigter COVID-19-Fall (akut)
 Tod an COVID-19

vom Gesundheitsamt auszufüllen

| | |
|--|--|
| Eingang der Meldung (Datum und Uhrzeit): | |
|--|--|

vom Arzt auszufüllen

| | |
|------------------------------|-------------------|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | Geschlecht w/m/d: |
| Straße, Hausnummer: PLZ/Ort: | |
| Telefonnummer: | |
| ggf. Todeszeitpunkt: | |

Epidemiologische Informationen

| | |
|---|---|
| Betroffene Person ist im medizinischen Bereich <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> betreut/untergebracht in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von _____ bis _____ intensivmedizinische Behandlung von _____ bis _____ in Einrichtungen und Unternehmen <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> betreut/untergebracht <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> sonst. Massenunterkünfte: | Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/des Unternehmens, ggf. Ansprechpartner und Telefonnummer der Station: |
| im Lebensmittelbereich <input type="checkbox"/> tätig | |
| <input type="checkbox"/> Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird) Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: Ausbruchserkennung: | |

Name, Vorname, Geburtsdatum wiederholen: _____

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/zum wahrscheinlichen **Infektionsquelle/-umfeld** (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

(Auslands-)Aufenthalt von _____ bis _____

Ort/Bundesland:

Staat:

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten:

Name meldende/r Ärztin/Arzt:

Anschrift der Einrichtung:

E-Mail:

Tel.:

Die Kontaktpersonen Kat 1 werden auf dem gesonderten Erhebungsbogen erfasst!

Bitte mit Namen des Indexfalls.

Datum

Ärztin/Arzt

Unterschrift

Erhebungsbogen für Kontaktpersonen Kat. I

ZU:

(Name Indexfall)

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geschlecht w/m/d | |
| Straße/Hausnummer | |
| PLZ/Ort | |
| Telefonnummer | |
| Erwerbstätigkeit: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche Tätigkeit wird ausgeübt: Arbeitgeber: Wann war der letzte Arbeitstag: | Kinder / Schüler/ Berufsschüler Schule/ KiTa: _____ Klasse/ Gruppe: _____ Wann war der letzte Besuch der Einrichtung: |
| Symptomatik: Litten Sie seit dem letzten Kontakt zu dem bestätigten COVID 19-Fall unter Symptomen, wie z.B. Husten, Fieber, Ermüdung, Durchfall, starkem Schnupfen etc. Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: | |
| Exposition: Enger Kontakt mit bestätigtem Fall bis max. 14 Tage zurück ab Symptombeginn Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, Datum , wann der Kontakt stattgefunden hat: _____ Verhältnis (z.B. familiär, beruflich, etc.): | |
| Reiseanamnese: Wohin sind Sie in den letzten Wochen gereist? von _____ bis _____ | |
| Besteht aktuell medizinische und / oder pflegerische Betreuung (Pflegeheim, Pflegedienst , regelmäßige Arztbesuche etc.)? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wer: | |