

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:	