

Meldeformular Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 gemäß § 6 IfSG -Vertraulich-

Die Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 vom 11. Juli 2021 ist zum 13. Juli 2021 in Kraft getreten. Dabei wird die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf die Aufnahme einer Person in ein Krankenhaus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erweitert. Meldepflichtig sind neben dem im Krankenhaus feststellenden Arzt auch der leitende Arzt des Krankenhauses oder in einem Krankenhaus mit mehreren selbständigen Abteilungen der leitende Abteilungsarzt.

► Bitte unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden (<https://tools.rki.de/PLZTool/>): (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Abschnitt 1: BEI HOSPITALISIERUNG IN BEZUG AUF COVID-19

(bitte bei Aufnahme ins Krankenhaus ausfüllen und innerhalb 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt melden)

Datum der Meldung: (Tag/Monat/Jahr) **Grund für die Aufnahme:** Covid-19 ☐ ja ☐ nein

Datum der Hospitalisierung: (Tag/Monat/Jahr)

Betroffene Person (gerne Patientenetikett verwenden)

weiblich männlich divers

Geburtsdatum/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

COVID-19 Impfstatus

☐ geimpft ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt

Anzahl der Dosen:

Datum der letzten Impfung:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Impfstoff:

Serostatus (IgG) ☐ positiv ☐ negativ ☐ unbekannt

Kontaktperson (wenn bekannt)

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

PCR ☐ positiv ☐ negativ ☐ unbekannt

Datum des Labornachweises:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Ag Nachweis ☐ positiv ☐ negativ ☐ unbekannt/nicht erfolgt

Variante ☐ ja, welche
☐ Sequenzierung
☐ Varianten-spez. PCR
☐ nicht untersucht / unbekannt

Meldende Person

(Ärztin/Arzt, Krankenhaus, Station/Abteilung, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Erkrankung an Covid-19

Erkrankungsbeginn/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Infektionszeitpunkt/-raum:

Symptomatik

☐ Halsschmerzen ☐ Husten ☐ Pneumonie ☐ Schnupfen

☐ akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)

☐ beatmungspfl. Atemwegserkrankung ☐ Dyspnoe ☐ Fieber

☐ allg. Krankheitszeichen ☐ Durchfall ☐ Geruchsverlust

☐ Geschmacksverlust ☐ Tachykardie ☐ Tachypnoe

☐ andere:

Abschnitt 2: NUR BEI AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (ITS)

(bitte bei Aufnahme auf ITS ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion 1 ergänzen)

Datum der Aufnahme auf ITS:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Invasive Beatmung (inkl. ECMO) ☐ Ja ☐ Nein/nach nicht absehbar

Abschnitt 3: ENTLASSUNG AUS KRANKENHAUS

(bitte bei Krankenhausentlassung ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion 1 und 2 ergänzen)

☐ Keine intensivpflichtige Behandlung erforderlich

☐ Intensivpflichtige Behandlung erforderlich

Datum der Entlassung von ITS:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Invasive Beatmung (inkl. ECMO) ☐ Ja ☐ Nein

Datum der Entlassung aus Krankenhaus/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Entlassungsgrund: ☐ Verlegung (in anderes Krankenhaus oder in Reha) ☐ Entlassung nach Hause zur Isolierung

☐ Genesen (Entlassung nach Hause, ins Pflegeheim oder in Reha)

☐ Verstorben Todesdatum/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Ursache ☐ aufgrund von COVID-19 ☐ aufgrund anderer Ursache ☐ nicht bekannt