

Betroffene Person: weiblich männlich divers
(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse):

Meldeformular

- Vertraulich -

für COVID-19 gemäß § 6 IfSG

Verdacht PCR-bestätigter Fall

Datum der Verdachts-/Diagnose¹⁾:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Infektionszeitraum:

verstorben, Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Telefonnummer:

Geburtsdatum:/...../.....
Tag Monat Jahr

Labor:

Es wurde ein PCR-Abstrich entnommen:

Name/Ort des Labors.....Probenentnahme am:

Hinweis auf Quarantäne als Verdachtsperson gem. Allgemeinverfügung StMGP v. 7. Mai erfolgt und Bescheinigung ausgestellt am:

Ergebnis: positiv negativ Ergebnis liegt noch nicht vor

Bei pos. PCR wird eine Quarantäne ab Symptombeginn für die betroffene Person und deren engen Kontaktpersonen erforderlich.

Es wurde ein PCR-Abstrich durch weiterbehandelnden Arzt empfohlen (Quarantäne bis zum Eingang des Testergebnisses erforderlich):

Name/Ort des weiterbehandelnden Arztes....., Quarantäne bescheinigt am:

Pos. Antikörpertest: IgG-Nachweis IgA-Nachweis IgM-Nachweis

Symptome/Befunde:

Symptombeginn am¹⁾: **oder** asymptomatisch/keinerlei Symptome

Verlust des Geruchssinns: Ja Nein

Verlust des Geschmackssinns: Ja Nein

CT-Veränderungen gem. Kategorisierung AG Thoraxdiagnostik: 1 (Suggestive CT-Veränderungen für COVID-19)

2 (Unklare CT-Veränderungen) 3 (CT-Veränderungen suggestiv für alternative Diagnose)

4 (CT-morphologisch ohne Hinweis auf pneumonische Verdichtungen)

Weitere Symptome:

Halsschmerzen

Husten

Schnupfen

Allg. Krankheitszeichen

Tachykardie

Fieber

Durchfall

Tachypnoe

Dyspnoe

Pneumonie

beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)

Multiorganversagen

Nierenversagen

Kontaktperson?

Betroffene Person hatte

Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion, Name des Erkrankten:

keinen wesentlichen Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion

Reiseanamnese (Land/Zeitraum):

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)

tätig **betreut/untergebracht**

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: bis:

intensivmedizinische Behandlung von: bis:

in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 33, 36 Abs.1 u. 2 IfSG)

tätig **betreut/untergebracht**

Schule Kita Heim Obdachlosenunterkunft gemeinschaftliche Asylunterkunft

JVA Pflegeheim sonst. Massenunterkünfte

Name, Anschrift, Kontaktdaten der
Einrichtung/ des Unternehmens:

.....

.....

.....

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.:

unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Landratsamt Fürth
Gesundheitsamt
Im Pinderpark 4
90513 Zirndorf

FAX: 0911/9773-1803

E-Mail: gesundheitsamt@lra-fue.bayern.de

E-Mail: infektionsschutz@lra-fue.bayern.de

Meldende Person

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

Datum der Meldung:

.....