

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

Meldeformular

- Vertraulich -

für COVID-19 gemäß § 6 IfSG

Verdacht PCR-bestätigter Fall Antigen-Schnelltest

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 Isolation 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.

Variantspezifische PCR für den Fall einer positiven PCR veranlasst? Ja Nein

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

Name/Ort des weiterbehandelnden Arztes, Quarantäne bescheinigt am:

Antigen-Schnelltest Ergebnis: positiv negativ; Bestätigungs-PCR veranlasst? Ja Nein

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

anamnestisch bereits bekannte, labordiagnostisch gesicherte SARS-CoV-2-Infektion: Ja Nein

(Falls ja, Befunddatum:

Impfstatus:

Gegen Sars-CoV-2 geimpft: Ja Nein

Impfstoff:

Datum 1. Impfung:

Datum 2. Impfung:

Symptome/Befunde:

Symptombeginn am¹⁾: oder asymptomatisch/keinerlei Symptome

Verlust des Geruchssinns: Ja Nein Verlust des Geschmackssinns: Ja Nein

Weitere Symptome:

Halsschmerzen Husten Schnupfen Allg. Krankheitszeichen

Tachykardie Fieber Durchfall

Tachypnoe Dyspnoe Pneumonie beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS) Multiorganversagen Nierenversagen

Infektionsquelle

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

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

Reiseanamnese (Land/Zeitraum):

Wahrscheinliches Infektionsumfeld:

unklar Arbeitsplatz Bildungs- / Betreuungseinrichtung Gesundheitseinrichtung

Privater Haushalt Einzelhandel Freizeit Gastronomie

Veranstaltung Transportmittel Übernachtung Wohnstätten

sonstiges

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:

Datum der Meldung:

Meldende Person

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