



## Meldeformular

### Hospitalisierung in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 gemäß § 6 IfSG

- Vertraulich -

Meldepflichtig sind neben der/dem im Krankenhaus feststellenden Ärztin/Arzt auch die/der leitende Ärztin/Arzt des Krankenhauses oder in einem Krankenhaus mit mehreren selbständigen Abteilungen die/der leitende Abteilungsarztin/-arzt.

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

#### 1. HOSPITALISIERUNG

(Bitte bei Aufnahme ins Krankenhaus ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24 Stunden, an das zuständige Gesundheitsamt melden.)

Datum der Meldung: \_\_\_\_\_ Datum der Hospitalisierung: \_\_\_\_\_

Betroffene Person  weiblich  männlich  divers

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsorts:

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land:  Deutschland  anderes: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

SARS-CoV-2 Impfstatus

geimpft  nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

Anzahl der Dosen  1  2  3  Anzahl: \_\_\_\_\_

Anzahl unbekannt

Datum der letzten Impfung \_\_\_\_\_

Impfstoff:

BioNTech (Comirnaty®)

Moderna (Spikevax®)

AstraZeneca (Vaxzevria®)

Janssen®

Anderer Impfstoff: \_\_\_\_\_

Testdatum \_\_\_\_\_

Symptome  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Serostatus (Ak-Status)

positiv  negativ  unbekannt

Meldende Person

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Lebenslange  
Arztnummer - LANR, Betriebsstättennummer - BSNR)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19

Aufnahme wg. COVID-19 (positiv bei Aufnahme)

Aufnahme wg. anderer Ursache (negativ bei Aufnahme)

Aufnahme wg. anderer Ursache (positiv bei Aufnahme)

Vermerk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (ITS/IMC)

(Bitte bei Aufnahme auf ITS/IMC ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24 Stunden, an das zuständige Gesundheitsamt melden.)

Datum der Aufnahme auf ITS/IMC: \_\_\_\_\_

Beatmungspflicht  Ja  Nein

#### 3. ENTLASSUNG AUS KRANKENHAUS

(Bitte bei Krankenhausentlassung ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24 Stunden, an das zuständige Gesundheitsamt melden.)

Datum der Entlassung von ITS/IMC: \_\_\_\_\_

Intensivpflicht lag vor  ja  nein

Beatmung erfolgte  ja  nein

Datum der Entlassung aus Krankenhaus (falls verstorben, Todesdatum): \_\_\_\_\_