

Meldeformular

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

-Vertraulich-

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)

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	SARS-CoV-2 Impfstatus
Vorname	☐ geimpft ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt
Nachname	Anzahl der Dosen: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Anzahl
Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes:	☐ Anzahl unbekannt
Straße und Hausnummer	Datum der letzten Impfung:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)
PLZ und Stadt	Impfstoff:
Land ☐ Deutschland ☐ Anderes	BioNTech (Comirnaty®) ☐
Telefonnummer	Moderna (Spikevax®) ☐
E-Mail-Adresse	AstraZeneca (Vaxzevria®) ☐
Geburtsdatum/...../..... (Tag/Monat/Jahr)	Janssen® ☐
	Anderer Impfstoff ☐
	
	Serostatus (Ak-Status)
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))	Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19
	☐ Erkrankung an Covid-19
	☐ Verdacht auf Covid-19
2.) AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (IST/IMC) (bitte bei Aufnahme auf IST/IMC ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden)	
Datum der Aufnahme auf IST/IMC:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)	
Beatmungspflicht ☐ Ja ☐ Nein	
3.) ENTLASSUNG AUS KRANKENHAUS (bitte bei Krankenhausentlassung ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden)	
Datum der Entlassung von IST/IMC:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)	
Intensivpflicht lag vor ☐ Ja ☐ Nein	
Beatmung erfolgte ☐ Ja ☐ Nein	
Datum der Entlassung aus Krankenhaus/...../..... (Tag/Monat/Jahr) (falls verstorben: Todesdatum)	