

MERS, SARS, SARS.CoV-2/COVID-19

## Meldebogen schwere Atemwegsinfektionen auslösende Coronaviren

Erfassung eines Kontakts zu Patienten mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren

### ■ Vorgehensweise bei der Meldung

Was	Zuständigkeit
<b>1. Meldebogen ausdrucken</b>	
<input type="radio"/> SAP oder imikro.med.uni-rostock.de	Betroffener Bereich/Station
<input type="radio"/> Meldebogen zeitnah ausfüllen	Betroffener Bereich/Station + Unterstützung Hygienefachkräfte
<b>2. Meldebogen an zuständige Bereiche weiterleiten</b>	
<u>Meldebogen Patienten</u> <input type="radio"/> Gesundheitsamt und Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienebeauftragte in der Pflege bzw. Vertretungen
<b>3. Zuständigkeiten für weitere Maßnahmen</b>	
<input type="radio"/> Patienten	Hygienefachkräfte
<input type="radio"/> Personal	Betriebsärztlicher Dienst (BÄD)
<input type="radio"/> Externe	Gesundheitsamt/Unterstützung von Station

### ■ Meldung an

Gesundheitsamt Rostock	
Abteilung Hygiene und Infektionsschutz Paulstr. 22 18055 Rostock <b>Fax: 0381 381 9552</b>	Meldung erfolgt <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>

### ■ Benachrichtigung an

Hygienefachkräfte UMR	
hygienefachkraft@med.uni-rostock.de  <b>Telefon: 0381 494 5014 / 5912 / 5996</b> <b>Fax: 0381 494 5902</b>	Benachrichtigung erfolgt <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>



MERS, SARS, SARS.CoV-2/COVID-19

## Meldebogen schwere Atemwegsinfektionen auslösende Coronaviren

Erfassung eines Kontakts zu Patienten mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren

<b>Erreger</b>	
----------------	--

- Gut lesbar vom **Stationsarzt/-ärztin** auszufüllen

<b>Klinik/Station</b>	
Meldung durch	
Telefon	
Datum	

- **Index-Patient**

<b>Name</b>	
Vorname	
Geburtsdatum	
Station	
Stationär von/bis	

- **Nachweisort des Erregers beim Indexpatienten**

Art des Materials	
Atemwegsmaterialien <input type="checkbox"/>	Sonstiges
Blut <input type="checkbox"/>	
Urin <input type="checkbox"/>	


**Meldebogen schwere Atemwegsinfektionen auslösende Coronaviren (MERS, SARS, SARS.CoV-2/COVID-19)**

Erfassung eines Kontakts zu Patienten mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren

**Kontaktpersonen Patient**

Name	Geburtsdatum	Klinik Station	Kontakt		Ort (P) atientenzimmer (W) artebereich (T) ransport Anderer Bereich (wo?)	MNS <sup>1</sup>		Entlassung Wann?	Adresse/Telefonnummer (im SAP unter: Fallübersicht – Umfeld-Patientenstammdaten – Telefonnummer)
			Dauer 10 min weniger	mehr		konsequent	inkonsequent		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**MNS<sup>1</sup>:** Hat **Patient\*in** konsequent einen MNS (Mund-Nasen-Schutz) getragen?


**Meldebogen schwere Atemwegsinfektionen auslösende Coronaviren (MERS, SARS, SARS.CoV-2/COVID-19)**

Erfassung eines Kontakts zu Patienten mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren

**Kontaktpersonen Patient**

Name	Geburtsdatum	Klinik Station	Kontakt		Ort (P) atientenzimmer (W) artebereich (T) ransport Anderer Bereich (wo?)	MNS <sup>1</sup>		Entlassung Wann?	Adresse/Telefonnummer (im SAP unter: Fallübersicht – Umfeld-Patientenstammdaten – Telefonnummer)
			Dauer 10 min weniger	mehr		konsequent	inkonsequent		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**MNS<sup>1</sup>:** Hat Patient\*in konsequent einen MNS (Mund-Nasen-Schutz) getragen?