



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

## Meldebogen schwere Atemwegsinfektionen auslösende Coronaviren

Erfassung einer **Tätigkeit** mit Personen mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren **ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung**

### ■ 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 Personal</u> <input type="radio"/> Betriebsärztlicher Dienst (BÄD) <u>Meldebogen Personal und 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>
Betriebsärztlichen Dienst (BÄD)	
<b>Fax: 0381 494 9974</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 einer **Tätigkeit** mit Personen mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren **ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung**

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

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

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

- **Name der Index-Person**

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

- **Nachweisort des Erregers bei der Index-Person**

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

Nachweismethode	
Mikroskopie	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>
Ag-Nachweis	<input type="checkbox"/>
Ak-Nachweis	<input type="checkbox"/>

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

Erfassung einer Tätigkeit mit Personen mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Datum 1. Kontakt<sup>5</sup></b>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
			Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>		
		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
<b>Adresse</b>		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Datum 1. Kontakt<sup>5</sup></b>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
			Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>		
		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
<b>Adresse</b>		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Datum 1. Kontakt<sup>5</sup></b>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
			Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>		
		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
<b>Adresse</b>		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

MNS<sup>1</sup> Test<sup>2</sup> MNS (Mund-Nasen-Schutz) konsequent getragen? betrifft SARS-CoV-2/COVID-19 | Funktion<sup>3</sup> Impfung<sup>4</sup> Medizinisches Personal, Student, ... gegen Covid-19 | Kontakt<sup>5</sup> Datum<sup>6</sup> Wann war der 1. Kontakt zur Indexperson? Datum der letzten Impfung gegen Covid-19 | Datum<sup>7</sup> letzter Test

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

Erfassung einer Tätigkeit mit Personen mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

MNS<sup>1</sup> Test<sup>2</sup> MNS (Mund-Nasen-Schutz) konsequent getragen? betrifft SARS-CoV-2/COVID-19 | Funktion<sup>3</sup> Impfung<sup>4</sup> Medizinisches Personal, Student, ... gegen Covid-19 | Kontakt<sup>5</sup> Datum<sup>6</sup> Wann war der 1. Kontakt zur Indexperson? Datum der letzten Impfung gegen Covid-19 | Datum<sup>7</sup> letzter Test

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

Erfassung einer Tätigkeit mit Personen mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

MNS<sup>1</sup> Test<sup>2</sup> MNS (Mund-Nasen-Schutz) konsequent getragen? betrifft SARS-CoV-2/COVID-19 | Funktion<sup>3</sup> Impfung<sup>4</sup> Medizinisches Personal, Student, ... gegen Covid-19 | Kontakt<sup>5</sup> Datum<sup>6</sup> Wann war der 1. Kontakt zur Indexperson? Datum der letzten Impfung gegen Covid-19 | Datum<sup>7</sup> letzter Test

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

Erfassung einer Tätigkeit mit Personen mit schweren Atemwegsinfektionen auslösenden Coronaviren ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

<b>Name Personal</b>	<b>Geburtsdatum</b>	Datum 1. Kontakt <sup>5</sup>	<b>Personal Test<sup>2</sup></b>	
<b>Funktion<sup>3</sup></b>	<b>Telefon</b>	wiederholter Kontakt <input type="checkbox"/>	Datum <sup>7</sup>	Ergebnis
<b>Adresse</b>		Kontakt > 10 Minuten <input type="checkbox"/>	Antigen <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>
		Enger Kontakt < 1,5 m <input type="checkbox"/>	<b>Personal Impfung<sup>4</sup></b>	
		Gespräch < 1,5 m <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>	Datum <sup>6</sup>
		MNS <sup>1</sup> Personal <input type="checkbox"/>	teilgeimpft <input type="checkbox"/>	
		MNS <sup>1</sup> Indexperson <input type="checkbox"/>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	

MNS<sup>1</sup> Test<sup>2</sup> MNS (Mund-Nasen-Schutz) konsequent getragen? betrifft SARS-CoV-2/COVID-19 | Funktion<sup>3</sup> Impfung<sup>4</sup> Medizinisches Personal, Student, ... gegen Covid-19 | Kontakt<sup>5</sup> Datum<sup>6</sup> Wann war der 1. Kontakt zur Indexperson? Datum der letzten Impfung gegen Covid-19 | Datum<sup>7</sup> letzter Test