

Meldeformular Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 gemäß § 6 IfSG -Vertraulich-

Die Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 vom 11. Juli 2021 ist zum 13. Juli 2021 in Kraft getreten. Dabei wird die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf die Aufnahme einer Person in ein Krankenhaus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erweitert. 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)

Abschnitt 1: BEI HOSPITALISIERUNG IN BEZUG AUF COVID-19 (bitte bei Aufnahme ins Krankenhaus ausfüllen und innerhalb 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt melden)	
Datum der Meldung: (Tag/Monat/Jahr) Grund für die Aufnahme: Covid-19 <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Datum der Hospitalisierung : (Tag/Monat/Jahr)	
Betroffene Person (gerne Patientenetikett verwenden) weiblich männlich divers Geburtsdatum/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse	COVID-19 Impfstatus <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Impfstoff:
	Serostatus (IgG) <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt
Kontaktperson (wenn bekannt) Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse	PCR <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt Datum des Labornachweises:/...../..... (Tag/Monat/Jahr)
	Ag Nachweis <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> unbekannt/nicht erfolgt
	Variante <input type="radio"/> Ja, welche <input type="radio"/> Sequenzierung <input type="radio"/> Varianten-spez. PCR <input type="radio"/> nicht untersucht / unbekannt
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Krankenhaus, Station/Abteilung, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)	Erkrankung an Covid-19 Erkrankungsbeginn/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Infektionszeitpunkt/-raum: Symptomatik <input type="radio"/> Halsschmerzen <input type="radio"/> Husten <input type="radio"/> Pneumonie <input type="radio"/> Schnupfen <input type="radio"/> akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS) <input type="radio"/> beatmungspfl. Atemwegserkrankung <input type="radio"/> Dyspnoe <input type="radio"/> Fieber <input type="radio"/> allg. Krankheitszeichen <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Geruchsverlust <input type="radio"/> Geschmacksverlust <input type="radio"/> Tachykardie <input type="radio"/> Tachypnoe <input type="radio"/> Andere:

Abschnitt 2: NUR BEI AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (ITS) (bitte bei Aufnahme auf ITS ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion 1 ergänzen) Datum der Aufnahme auf ITS:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Invasive Beatmung (inkl. ECMO) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein/noch nicht absehbar
--

Abschnitt 3: ENTLASSUNG AUS KRANKENHAUS (bitte bei Krankenhausentlassung ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion 1 und 2 ergänzen) <input type="radio"/> Keine intensivpflichtige Behandlung erforderlich <input type="radio"/> Intensivpflichtige Behandlung erforderlich Datum der Entlassung von ITS:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Invasive Beatmung (inkl. ECMO) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Datum der Entlassung aus Krankenhaus/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Entlassungsgrund: <input type="radio"/> Verlegung (in anderes Krankenhaus oder in Reha) <input type="radio"/> Entlassung nach Hause zur Isolierung <input type="radio"/> Genesen (Entlassung nach Hause, ins Pflegeheim oder in Reha) <input type="radio"/> Verstorben Todesdatum/...../..... (Tag/Monat/Jahr)
--