**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/**](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 Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen**  **Aufenthaltsortes:**  **Straße und Hausnummer …………………………………………………**  **PLZ und Stadt ………………………………………………………………**  **Land  Deutschland  Anderes ………………………………………**  **Telefonnummer …………………………………………………………….**  **E-Mail-Adresse ……………………………………………………………..**  **Geburtsdatum ………/………./……… (Tag/Monat/Jahr)** | **SARS-CoV-2 Impfstatus**  geimpft  nicht geimpft  Impfstatus unbekannt  Anzahl der Dosen:  1  2  3  Anzahl ..........  Anzahl unbekannt  Datum der letzten Impfung: ….…../….…../….….. (Tag/Monat/Jahr) |
| **Impfstoff:**  BioNTech (Comirnaty®)  Moderna (Spikevax®)  AstraZeneca (Vaxzevria®)  Janssen®  Anderer Impfstoff  …………………………….......... |
| **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**  **Erkrankung an COVID-19**  **Verdacht auf COVID-19** |
| **2.) AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (ITS/IMC)**  (bitte bei Aufnahme auf ITS/IMC ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden)  Datum der Aufnahme auf ITS/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 ITS/IMC: ………/…………/………….. (Tag/Monat/Jahr)  Intensivpflicht lag vor  Ja  Nein  **Beatmung erfolgte**  Ja  Nein  Datum der Entlassung aus Krankenhaus …………/……………/……….... (Tag/Monat/Jahr) (falls verstorben: Todesdatum) | |