**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 unbekanntAnzahl der Dosen: [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  Anzahl .......... [ ]  Anzahl unbekanntDatum 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 [ ]  NeinDatum der Entlassung aus Krankenhaus …………/……………/……….... (Tag/Monat/Jahr) (falls verstorben: Todesdatum) |