

# 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/>): (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 Krankenhausesentlassung 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)