

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, spätestens innerhalb 24 h per Fax melden an

Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald - Gesundheitsamt - IFSG,
Sautierstraße 28/30, 79104 Freiburg, Tel.-Nr. 0761 2187 - 3212
Fax-Nr.: 0761 2187 - 3299

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

ggf. Wert _____

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/...../..... (Tag/Monat/Jahr)