

Meldeformular

Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 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 bei Aufnahme ins Krankenhaus ausfüllen, wenn der Grund der Hospitalisierung in Zusammenhang mit Covid-19 steht (ein kausaler Zusammenhang muss aber hier noch nicht festgestellt werden).

► Bitte unverzüglich, spätestens innerhalb 24 h per Fax oder E-Mail an die untenstehende Adresse melden

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------|----------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1.) HOSPITALISIERUNG | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum der Meldung:/...../..... | Datum der Hospitalisierung:/...../..... | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptombeginn:/...../..... | | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptome: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Betroffene Person: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Vorname Nachname Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend: Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes: Straße und Hausnummer PLZ und Stadt Land <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes Telefonnummer E-Mail-Adresse Geburtsdatum/...../..... (Tag/Monat/Jahr) | SARS-CoV-2 Impfstatus <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Anzahl <input type="checkbox"/> Anzahl unbekannt Datum der letzten Impfung:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Impfstoff:</td> <td style="width: 30%;">Anzahl:</td> </tr> <tr> <td>BioNTech (Comirnaty®)</td> <td style="text-align: right;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Moderna (Spikevax®)</td> <td style="text-align: right;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AstraZeneca (Vaxzevria®)</td> <td style="text-align: right;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Janssen-Cilag (Jcovden®)</td> <td style="text-align: right;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Novavax (Nuvaxovid®)</td> <td style="text-align: right;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anderer Impfstoff:</td> <td style="text-align: right;">..... <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Impfstoff: | Anzahl: | BioNTech (Comirnaty®) | <input type="checkbox"/> | Moderna (Spikevax®) | <input type="checkbox"/> | AstraZeneca (Vaxzevria®) | <input type="checkbox"/> | Janssen-Cilag (Jcovden®) | <input type="checkbox"/> | Novavax (Nuvaxovid®) | <input type="checkbox"/> | Anderer Impfstoff: | <input type="checkbox"/> |
| Impfstoff: | Anzahl: | | | | | | | | | | | | | | |
| BioNTech (Comirnaty®) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Moderna (Spikevax®) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| AstraZeneca (Vaxzevria®) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Janssen-Cilag (Jcovden®) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Novavax (Nuvaxovid®) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Anderer Impfstoff: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Serostatus (Ak-Status) <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt ggf. Wert | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beatmung erfolgte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum der Entlassung aus Krankenhaus:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | | | | | | | | |
| falls verstorben: Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meldende Person <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))</small> | Meldung an: Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald Gesundheitsamt - IFSG Sautierstraße 28/30, 79104 Freiburg im Breisgau Tel.-Nr. 0761 2187 - 3212 FAX-Nr.: 0761 2187 – 3299 E-Mail: gesundheitsschutz@lkbh.de → E-Mail bitte verschlüsselt mit Cryptshare versenden https://cryptshare.lkbh.net | | | | | | | | | | | | | | |