

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Tel.:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht
- Klinische Diagnose
- Tod Todesdatum:

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht auf Infektionen mit Coronavirus

COVID-19 (Corona-Virus)

Symptomatik

- Fieber > 38,0 C oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Atembeschwerden
- Durchfall
- Pneumonie

Epidemiologische Exposition

Aufenthalt innerhalb der letzten 14 Tage vor Erkrankungsbeginn

Reise/Aufenthalt in einem Risikogebiet Gem. RKI siehe

https://www.rki.de/DE/content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html

Reise/Aufenthaltsgebiet/Land:

Wann: _____

Patientenkontakt

- Direkter Kontakt mit Personen zu laborbestätigten COVID-19-Fällen

Bestätigter Fall

aus welchem Bundesland

Symptombeginn:

Abstrich

- Es wurde ein Labor/ eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt

Datum:

Name/Ort des Labors:

- Abstrich zusätzlich auf Influenza:

- Datum:

- Geimpft gegen Influenza

Bemerkungen:

Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig**, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
- Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:Name/Ort der Einrichtung:
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): von: bis:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:
Landratsamt Ludwigsburg
Dez. Gesundheit u. Verbraucherschutz
Hindenburgstraße 20/1
71638 Ludwigsburg
Tel.: 07141 / 144-2020
Fax: 07141 / 144-59501

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

Meldende Person
(ArztIn/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.
 2) Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).
 3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.