## Meldeformular Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 gemäß § 6 IfSG -Vertraulich-Die Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf

Die Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 vom 11. Juli 2021 ist zum 13. Juli 2021 in Kraft getreten. Dabei wird die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf die Aufnahme einer Person in ein Krankenhaus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erweitert. 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)

Abschnitt 1: BEI HOSPITALISIERUNG IN BEZ (bitte bei Aufnahme ins Krankenhaus ausfüllen und innerhalb 2		
Datum der Meldung: (Tag/Monat/Jahr) Grund für die Aufnahme: Covid-19 Oja Onein		
Datum der Hospitalisierung :	•	
Betroffene Person (gerne Patientenetikett verwenden) weiblich männlich divers  Geburtsdatum/ (Tag/Monat/Jahr)	COVID-19 Impfstatus O geimpft O nicht geimpft O Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen:	
	Datum der letzten	Impfung:/ (Tag/Monat/Jahr)
Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse	Impfstoff:	
	Serostatus (IgG)	Opositiv Onegativ Ounbekannt
<b>Kontaktperson (wenn bekannt)</b> Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse	PCR	Opositiv Onegativ Ounbekannt
	Datum des Labornachweises:	/ (Tag/Monat/Jahr)
	Ag Nachweis	Opositiv Onegativ Ounbekannt/ nicht erfolgt
	Variante	Oja, welche  ○ Sequenzierung  ○ Varianten-spez. PCR  ○ nicht untersucht / unbekannt
<b>Meldende Person</b> (Ärztin/Arzt, Krankenhaus, Station/Abteilung, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)	Erkrankung an Covid-19  Erkrankungsbeginn// (Tag/Monat/Jahr)  Infektionszeitpunkt/-raum:  Symptomatik  OHalsschmerzen OHusten OPneumonie OSchnupfen Oakutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)  Obeatmungspfl. Atemwegserkrankung ODyspnoe OFieber Oallg. Krankheitszeichen ODurchfall OGeruchsverlust OGeschmacksverlust OTachykardie OTachypnoe Oandere:	
Abschnitt 2: NUR BEI AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (ITS) (bitte bei Aufnahme auf ITS ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion1 ergänzen)		
Datum der Aufnahme auf ITS:/ (Tag/Monat/Jahr) Invasive Beatmung (inkl. ECMO) OJa ONein/noch nicht absehbar		
Abschnitt 3: ENTLASSUNG AUS KRANKENHAUS  (bitte bei Krankenhausentlassung ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion 1 und 2 ergänzen)  O Keine intensivpflichtige Behandlung erforderlich		
O Intensivpflichtige Behandlung erforderlich  Datum der Entlassung von ITS:/(Tag/Monat/Jahr)		
Invasive Beatmung (inkl. ECMO) OJa ONein		
Datum der Entlassung aus Krankenhaus		
Entlassungsgrund: OVerlegung (in anderes Krankenhaus oder in Reha) O Entlassung nach Hause zur Isolierung OGenesen (Entlassung nach Hause, ins Pflegeheim oder in Reha)		
O Verstorben Todesdatum/		