

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:

Gesundheitsamt Esslingen, Am Aussichtsturm 5, 73207 Plochingen, Tel.: 0711-3902-41600, FAX: 0711-3902-51600,

Email: covidkliniken@lra-es.de

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 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)