

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: <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) Impfstoff: BioNTech (Comirnaty®) <input type="checkbox"/> Moderna (Spikevax®) <input type="checkbox"/> AstraZeneca (Vaxzevria®) <input type="checkbox"/> Janssen® <input type="checkbox"/> Anderer Impfstoff <input type="checkbox"/> Serostatus (Ak-Status) <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt
Meldende Person <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))</small>	Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 <input type="checkbox"/> Erkrankung an COVID-19 <input type="checkbox"/> 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 <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)	