

# 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**

**SARS-CoV-2 Impfstatus**

geimpft    nicht geimpft    Impfstatus unbekannt

Anzahl der Dosen:    1    2    3    Anzahl .....

Anzahl unbekannt

**Datum der letzten Impfung:**

**Impfstoff:**

BioNTech (Comirnaty®)

Moderna (Spikevax®)

AstraZeneca (Vaxzevria®)

Janssen®

Anderer Impfstoff .....

**Testdatum:**

**Symptome:**    nein       ja, seit wann:

**Serostatus (Ak-Status)**

positiv       negativ       unbekannt

### Meldende Person und Stationsnummer

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer)

### Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19

**Erkrankung an COVID-19 (positiv bei Aufnahme)**

**Aufnahme wg anderer Ursache (negativ bei Aufnahme)**

**Aufnahme wg anderer Ursache (positiv bei Aufnahme)**

**Vermerk:** .....

### 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:**

**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:**

**Intensivpflicht lag vor**    Ja       Nein

**Beatmung erfolgte**       Ja       Nein

**Datum der Entlassung aus Krankenhaus:**

(falls verstorben: Todesdatum)