**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** [**(https://tools.rki.de/PLZTool/**](https://tools.rki.de/PLZTool/)**):** (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

|  |
| --- |
|  **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 unbekanntDatum der letzten Impfung: ………/….….../….…… (Tag/Monat/Jahr)  |
|   **Impfstoff:** BioNTech (Comirnaty®) Moderna (Spikevax®) AstraZeneca (Vaxzevria®) Janssen® Anderer Impfstoff  …………………………….......... |  |
|  **Serostatus** (Ak-Status)   |
| **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**  V**erdacht auf Covid-19** |
| **2.) AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (IST/IMC)** (bitte bei Aufnahme auf IST/IMC ausfüllen und unverzüglich, spätestens innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden) Datum der Aufnahme auf IST/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 IST/IMC: ………/…………/………….. (Tag/Monat/Jahr) Intensivpflicht lag vor Ja Nein **Beatmung erfolgte** Ja Nein Datum der Entlassung aus Krankenhaus …………/……………/……….... (Tag/Monat/Jahr) (falls verstorben: Todesdatum) |