**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 unbekannt  Datum 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) | | |