

Meldeformular Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 gemäß § 6 IfSG -Vertraulich-

Die Verordnung über die Erweiterung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Hospitalisierungen in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 vom 11. Juli 2021 ist zum 13. Juli 2021 in Kraft getreten. Dabei wird die Pflicht zur namentlichen Meldung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes auf die Aufnahme einer Person in ein Krankenhaus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erweitert. 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://landesverwaltungsamt.thueringen.de/soziales/gesundheitswesen/gesundheitsaemter>

Abschnitt 1: BEI HOSPITALISIERUNG IN BEZUG AUF COVID-19
 (bitte bei Aufnahme ins Krankenhaus ausfüllen und innerhalb 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt melden)

Datum der Meldung: (Tag/Monat/Jahr) **Grund für die Hospitalisierung: Covid-19** ja nein

Datum der Hospitalisierung: (Tag/Monat/Jahr)

<p>Betroffene Person (gerne Patientenetikett verwenden):</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Vorname</p> <p>Nachname</p> <p>Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes:</p> <p>Straße und Hausnummer</p> <p>PLZ und Stadt</p> <p>Land <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> Anderes</p> <p>Telefonnummer</p> <p>E-Mail-Adresse</p> <p>Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)</p>	<p>COVID-19 Impfstatus</p> <p><input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt</p> <p>Datum der letzten Impfung: (Tag/Monat/Jahr)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Impfstoff</th> <th>I* 1</th> <th>I* 2</th> <th>I* 3</th> <th>I* 4</th> <th>I* 5</th> <th>I* 6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BioNTech (Comirnaty®)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moderna (Spikevax®)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AstraZeneca (Vaxzevria®)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Janssen-Cilag®)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>anderer:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>anderer:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Bitte in der Tabelle ankreuzen welcher Impfstoff zu welcher Impfung (I*) verwendet wurde.</p> <p>Serostatus (IgG) <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>PCR <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Datum des Labornachweises: (Tag/Monat/Jahr)</p>	Impfstoff	I* 1	I* 2	I* 3	I* 4	I* 5	I* 6	BioNTech (Comirnaty®)							Moderna (Spikevax®)							AstraZeneca (Vaxzevria®)							Janssen-Cilag®)							anderer:							anderer:						
Impfstoff	I* 1	I* 2	I* 3	I* 4	I* 5	I* 6																																												
BioNTech (Comirnaty®)																																																		
Moderna (Spikevax®)																																																		
AstraZeneca (Vaxzevria®)																																																		
Janssen-Cilag®)																																																		
anderer:																																																		
anderer:																																																		

<p>Meldende Person (Ärztin/Arzt, Krankenhaus, Station/Abteilung, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</p>	<p>Ag Nachweis <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt/nichterfolgt</p> <p>Variante <input type="checkbox"/> ja, welche <input type="checkbox"/> Sequenzierung <input type="checkbox"/> Varianten-spez. PCR <input type="radio"/> nicht untersucht / unbekannt</p> <p>Erkrankung an Covid-19 Erkrankungsbeginn(Tag/Monat/Jahr)</p> <p>Infektionszeitpunkt/-raum:</p>
--	---

Abschnitt 2: NUR BEI AUFNAHME AUF INTENSIVSTATION (ITS)
 (bitte bei Aufnahme auf ITS ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion1 ergänzen)

Datum der Aufnahme auf ITS: (Tag/Monat/Jahr)

Beatmungspflicht (inkl. ECMO) Ja Nein/noch nicht absehbar

Abschnitt 3: ENTLASSUNG AUS KRANKENHAUS
 (bitte bei Krankenhausentlassung ausfüllen und innerhalb 24h an das zuständige Gesundheitsamt melden, ggf. Daten in Sektion 1 und 2 ergänzen)

Keine intensivpflichtige Behandlung erforderlich
 Intensivpflichtige Behandlung erforderlich

Datum der Entlassung von ITS: (Tag/Monat/Jahr)

Beatmungspflicht (inkl. ECMO) Ja Nein

Datum der Entlassung aus Krankenhaus (Tag/Monat/Jahr)

Entlassungsgrund: Verlegung (in anderes Krankenhaus)
 Genesen (Entlassung nach Hause, ins Pflegeheim oder in Reha)
 Verstorben Todesdatum (Tag/Monat/Jahr)