

COVID-19 Meldeformular gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) - Vertraulich -

Meldefall (Name, Vorname) _____ geb. am: ___/___/_____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers Adresse (Hauptwohnsitz bzw. derzeitiger Aufenthaltsort) Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon (Festnetz, mobil): _____ E-Mail: _____	<input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose <input type="checkbox"/> Tod, Todesdatum: ___/___/_____ Erkrankungsdatum ¹⁾ : ___/___/_____ Diagnosedatum ¹⁾ : ___/___/_____ Datum der Meldung: ___/___/_____ (Wahrscheinlicher) Infektionszeitpunkt, -zeitraum ¹⁾ : am/vom: ___/___/____ bis ___/___/_____
---	---

Klinische Angaben Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) SARS-CoV-2 Klinisches Bild: <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) <input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome jeder Schwere <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung <input type="checkbox"/> Schnupfen, <input type="checkbox"/> Atemstörung (Dyspneu) <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksverlust/störungen (neu aufgetreten) <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Keine Covid-19 kompatiblen Symptome / asymptomatisch Kontaktperson <input type="checkbox"/> enger Kontakt (KP1) mit einem bestätigten Covid-19 Fall Behandlungsergebnis (sofern bekannt)	Labordiagnostik (außerhalb von Laboren) <input type="checkbox"/> Positiver Antigen-Nachweis / PoC Test Probennahme am ___/___/_____ Testsystem (Handelsname, Fa.): _____ Untersuchungsmaterial <input type="checkbox"/> nasopharyngealer Abstrich <input type="checkbox"/> oropharyngealer Abstrich <input type="checkbox"/> Anderes: _____ Bestätigungstest (PCR) bereits veranlasst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Serostatus Probennahme am ___/___/_____ Ergebnis Antikörper-Test: <input type="checkbox"/> IgM positiv <input type="checkbox"/> IgM negativ <input type="checkbox"/> IgG positiv <input type="checkbox"/> IgG negativ
---	--

Angaben zum Covid-19 Impfstatus <input type="checkbox"/> Geimpft (Impfstoff _____) Datum der 1. Impfung: ___/___/____ Datum der 2. Impfung: ___/___/____ <input type="checkbox"/> Nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt
--

Epidemiologische Situation <input type="checkbox"/> Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 3 bzw. 5 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> Besucher*in Überweisung am ___/___/_____ Aufnahme am ___/___/_____ Entlassung am ___/___/_____ Intensivmed. Behandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer: _____ <input type="checkbox"/> Meldefall ist in Einrichtungen / Unternehmen (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG) <input type="checkbox"/> tätig <input type="checkbox"/> wird dort betreut <input type="checkbox"/> Besucher*in <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Asylbewerberunterkunft <input type="checkbox"/> sonstige Einricht./Unternehmen: <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> sonst. Massenunterkünfte _____ <input type="checkbox"/> Zugehörigkeit zur Bundeswehr (BW) <input type="checkbox"/> Soldat*in / BW-Angehörige/r <input type="checkbox"/> Zivilperson (untergebracht in BW-Einrichtung) <input type="checkbox"/> Tätigkeit im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis)	Hier entspr. Name / Ort der Einrichtung sowie Kontaktdaten angeben:
--	---

Angaben zum Infektionsumfeld <input type="checkbox"/> Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchsort- und -zeitraum, Exposition _____ Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): _____ <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt von: ___/___/____ bis: ___/___/____ Land: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in anderem Kreis von: ___/___/____ bis: ___/___/____ Kreis: _____ <input type="checkbox"/> Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten _____
--

► unverzüglich zu melden an: Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes: Landkreis Oldenburg Gesundheitsamt Delmenhorsterstr.6 27793 Wildeshausen Tel: 04431-85-510 (Zentrale) oder -513/-504	Folgendes Labor / Untersuchungstelle wurde mit der weiteren Erregerdiagnostik beauftragt ²⁾ (Name/Ort/Telefonnr. des Labors):	Meldende Person/Einrichtung (Ärztin/Arzt inkl. Arztinr. (LANR) und Betriebsstättennr. (BSNR), Praxis/Krankenhaus Adresse, Telefonr.):
--	--	---

¹⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben
²⁾ Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).