

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

Geimpft (Impfstoff _____) Datum der 1. Impfung: __/__/____ Datum der 2. Impfung: __/__/____

Nicht geimpft Impfstatus unbekannt

Epidemiologische Situation

Meldefall ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 3 bzw. 5 IfSG) tätig wird dort betreut Besucher*in
 Überweisung am __/__/____
 Aufnahme am __/__/____ **Intensivmed. Behandlung** ja nein
 Entlassung am __/__/____ Dauer: _____

Meldefall ist in Einrichtungen / Unternehmen (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG) tätig wird dort betreut Besucher*in
 Schule Pflegeheim Obdachlosenunterkunft
 Kita JVA Asylbewerberunterkunft sonstige Einricht./Unternehmen:
 Heim sonst. Massenerunterkünfte _____

Zugehörigkeit zur Bundeswehr (BW)
 Soldat*in / BW-Angehörige/r Zivilperson (untergebracht in BW-Einrichtung)

Tätigkeit im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis)

: Hier entspr. Name / Ort der Einrichtung sowie Kontaktdaten angeben:

Angaben zum Infektionsumfeld

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):

Auslandsaufenthalt von: __/__/____ bis: __/__/____ Land: _____

Aufenthalt in anderem Kreis von: __/__/____ bis: __/__/____ Kreis: _____

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten

► unverzüglich zu melden an: Landkreis Cloppenburg Gesundheitsamt Eschstr. 29 49661 Cloppenburg Fax: 04471/15 – 330 Email: gesundheitsamt@lkclp.de	Folgendes Labor / Untersuchungstelle wurde mit der weiteren Erregerdiagnostik beauftragt ²⁾ (Name/Ort/Telefonnr. des Labors):	Meldende Person/Einrichtung (Ärztin/Arzt inkl. Arztnr. (LANR) und Betriebsstättennr. (BSNR), Praxis/Krankenhaus Adresse, Telefonr.):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben