

**Betroffene Person:**  weiblich  männlich  divers  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse):

# Meldeformular

- Vertraulich -

## für COVID-19 gemäß § 6 IfSG

Verdacht  PCR-bestätigter Fall  Antigen-Schnelltest

Datum der Verdachts-/Diagnose<sup>1)</sup>: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)

Infektionszeitraum: .....

**verstorben**, Todesdatum: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)

**Vorname:**

**Name:**

**PLZ / Ort:**

**Str.-Hs.Nr.:**

**E-Mail:**

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: ...../...../.....  
Tag Monat Jahr

### Labor:

**Es wurde ein PCR-Abstrich entnommen:**

Name/Ort des Labors ..... Probenentnahme am: .....

Hinweis auf Quarantäne als Verdachtsperson gem. Allgemeinverfügung Isolation erfolgt und Bescheinigung ausgestellt am: .....

Ergebnis:  positiv  negativ  Ergebnis liegt noch nicht vor

Bei pos. PCR wird eine Quarantäne ab Symptombeginn für die betroffene Person und deren engen Kontaktpersonen erforderlich.

Variantspezifische PCR für den Fall einer positiven PCR veranlasst?  Ja  Nein

**Es wurde ein PCR-Abstrich durch weiterbehandelnden Arzt empfohlen (Quarantäne bis zum Eingang des Testergebnisses erforderlich):**

Name/Ort des weiterbehandelnden Arztes ....., Quarantäne bescheinigt am: .....

**Antigen-Schnelltest** Ergebnis:  positiv  negativ; **Bestätigungs-PCR veranlasst?**  Ja  Nein

**Pos. Antikörpertest:**  IgG-Nachweis  IgA-Nachweis  IgM-Nachweis

**anamnestisch bereits bekannte, labordiagnostisch gesicherte SARS-CoV-2-Infektion:**  Ja  Nein

(Falls ja, Befunddatum: .....

### Impfstatus:

**Gegen Sars-CoV-2 geimpft:**  Ja  Nein

Impfstoff: .....

Datum 1. Impfung: .....

Datum 2. Impfung: .....

### Symptome/Befunde:

**Symptombeginn am<sup>1)</sup>:** ..... **oder**  asymptomatisch/keinerlei Symptome

**Verlust des Geruchssinns:**  Ja  Nein

**Verlust des Geschmackssinns:**  Ja  Nein

### Weitere Symptome:

Halsschmerzen

Husten

Schnupfen

Allg. Krankheitszeichen

Tachykardie

Fieber

Durchfall

Tachypnoe

Dyspnoe

Pneumonie

beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)

Multiorganversagen

Nierenversagen

### Infektionsquelle

Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion, Name des Erkrankten: .....

Person hatte keinen wesentlichen Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion

Reiseanamnese (Land/Zeitraum): .....

### Wahrscheinliches Infektionsumfeld:

unklar

Arbeitsplatz

Bildungs- / Betreuungseinrichtung

Gesundheitseinrichtung

Privater Haushalt

Einzelhandel

Freizeit

Gastronomie

Veranstaltung

Transportmittel

Übernachtung

Wohnstätten

sonstiges .....

### Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)  **tätig**  **betreut/untergebracht**

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: ..... bis: .....

intensivmedizinische Behandlung von: ..... bis: .....

in Einrichtungen und Unternehmen (§§ 33, 36 Abs.1 u. 2 IfSG)  **tätig**  **betreut/untergebracht**

Schule  Kita  Heim  Obdachlosenunterkunft  gemeinschaftliche Asylunterkunft

JVA  Pflegeheim  sonst. Massenunterkünfte .....

Name, Anschrift, Kontaktdaten  
der Einrichtung/ des  
Unternehmens:

.....  
...  
.....

**Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Pneumonien in med. Einrichtung, Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.: .....

### unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Altötting  
Vinzenz-von-Paul-Str. 8  
84503 Altötting

Tel: 08671 502-900

Fax: 08671 502-71930

Datum der Meldung:

Meldende Person

(Arztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):