

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

# Meldeformular

- Vertraulich -

## für COVID-19 gemäß § 6 IfSG

Verdacht  PCR-bestätigter Fall

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

Infektionszeitraum: .....

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

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 StMGP v. 7. Mai 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.

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

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

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

### Symptome/Befunde:

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

**Verlust des Geruchssinns:**  Ja  Nein

**Verlust des Geschmackssinns:**  Ja  Nein

**CT-Veränderungen gem. Kategorisierung AG Thoraxdiagnostik:**  1 (Suggestive CT-Veränderungen für COVID-19)

2 (Unklare CT-Veränderungen)  3 (CT-Veränderungen suggestiv für alternative Diagnose)

4 (CT-morphologisch ohne Hinweis auf pneumonische Verdichtungen)

### Weitere Symptome:

Halsschmerzen

Husten

Schnupfen

Allg. Krankheitszeichen

Tachykardie

Fieber

Durchfall

Tachypnoe

Dyspnoe

Pneumonie

beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)

Multiorganversagen

Nierenversagen

### Kontaktperson?

#### Betroffene Person hatte

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

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

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

#### 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:

Landratsamt Dillingen  
Fachbereich Gesundheit  
Große Allee 24  
89407 Dillingen

Tel.: 09071/51-441

Fax: 09071/51-440

Meldende Person

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

Datum der Meldung:

.....