

## Ermittlungsformular Erkrankung Coronavirus

### Verdachtsfall gem. § 6 IfSG

(Inkubationszeit: 14 Tage, Tröpfcheninfektion, ggf. Stuhl)

## Umrandete Felder nur vom Arzt auszufüllen!!

Name :

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Festnetztelefon-Nr.:

Hausarzt:

Mobiltelefon-Nr.:

### Angaben zur Person / des Erkrankten

Nationalität:

Herkunftsland:

Beruf:

Arbeitgeber:

Schule:

Kindergarten:

Anzahl der Haushaltsmitglieder:

### Diagnose:

Meldung am:

Ermittelt am:

Absender:  Krankenhaus  Arzt  Arbeitgeber

Herkennung:

### Erkrankung und Symptome:

Datum Erkrankungsbeginn:

#### Symptome

Husten

Fieber

Atemnot

Atembeschwerden

Schnupfen

Kopfschmerzen

Gliederschmerzen

Halsschmerzen

Heiserkeit

sonstiges:

### Vorerkrankungen/häusliche Medikation:

## Symptome / Kriterien RKI / Faldefinition Meldung gem. § 12 IfSG

**Kontakt** zu einem **bestätigten Fall** mit COVID-19 bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn **UND** unspezifische Allgemeinsymptome oder akute **respiratorische Symptome** jeder Schwere

Kontaktdaten „bestätigter Fall“:

Kontaktdatum:

**Aufenthalt** in einem **Risikogebiet** bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn **UND** **akute** respiratorische Symptome **jeder Schwere** mit oder ohne Fieber

Möglicher Expositionsort/Risikogebiet

Aufenthaltsdauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Reiseanamnese (Hotel, Schiff, Aufenthaltsort ...)

Klinisches Bild erfüllt:  ja  nein  nicht ermittelbar

## Symptome / Kriterien weitere mögliche Fälle – KEIN Fall gem. § 12 IfSG

**Respiratorische Symptome** jeder Schwere mit oder ohne Fieber **UND** Aufenthalt in Regionen mit COVID-19-Fällen **ODER** Kontakt zu **unbestätigtem Fall** bis mx. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn

Klinische oder radiologische **Hinweise** auf eine **virale Pneumonie ohne** Alternativdiagnose **UND ohne** erfassbares **Expositionsrisiko**

**Abstrich Corona**  nein  n.e.  ja durch:  pos.  neg.

**Abstrich Influenza**  nein  n.e.  ja durch: \_\_\_\_\_ am:  pos.  neg.

## Ambulante Behandlung

bei Frau Dr.:

Welche Medikamente wurden verschrieben/ingenommen:

Wurden Sie arbeitsunfähig geschrieben:

ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ = Tage  
 nein

## Stationäre Behandlung im Krankenhaus

nein  ja von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Krankenhaus:

## **Ergebnis:**

Infektionsquelle:  bekannt  unbekannt  vermutet

## **Bemerkungen:**