Meldeformular -Vertraulich-

Datum der Meldung: .....

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Meldende Person (Name, Einrichtungsname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)	❍ **Positiver PoC-Antigen-Test auf COVID-19** Datum des Tests:
Betroffene Person: ❍weiblich ❍ männlich ❍divers (Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) Geburtsdatum:	

Die betroffene Person ist im medizinischen Bereich nach § 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG (Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen oder Rettungsdienste)

❍ **tätig** ❍ **betreut/untergebracht**

Name, Anschrift, Einrichtungsart, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

Die betroffene Person ist in Einrichtungen und Unternehmen nach § 36 Abs.1 u. 2 IfSG (Kindertageseinrichtungen, Kinderhorte, Schulen, sonstige Ausbildungseinrichtungen, Kinderheime, Ferienlager, voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten, ambulante Pflegedienste)

❍ **tätig** ❍ **betreut/untergebracht**

Name, Anschrift, Einrichtungsart, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens:

Speichern Drucken Eingaben schützen Per E-Mail senden