

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: weibl. männl.

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldung infektionsepidemiologisch und seuchenhygienisch wichtiger Daten eines

geb. am:

Telefon:

laborbestätigten COVID-19-Erkrankungsfalles

Stationäre Aufnahme bei bereits bestätigter Diagnose und primär ambulanter Behandlung

am: _____

Übernahme aus einem anderen Krankenhaus

am: _____ zuverlegende Klinik: _____

Verlegung in ein anderes Krankenhaus

am: _____ aufnehmende Klinik: _____

Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Isolierung

(Voraussetzungen für die häusliche Isolierung gemäß RKI-Empfehlung liegen vor)

am: _____

➤ Behandlung auf Intensivstation ja nein

falls ja, Zeitraum: _____

Vollständige Entlassung aus dem Krankenhaus ohne weitere Auflagen

(Voraussetzungen für die Entisolierung gemäß RKI-Empfehlung liegen vor)

am: _____

➤ Behandlung auf Intensivstation ja nein

falls ja, Zeitraum: _____

Angaben zum Krankheitsverlauf (alternativ kann auch eine Kopie des stationären Arztbriefes übersandt werden)

Symptome:

Komplikationen:

Therap. Maßnahmen:

:

► zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Landratsamt Regensburg
Gesundheitsamt
Altmühlstr. 3
93059 Regensburg

FAX-Nr.: 0941 / 4009 764

Meldende Person

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

Datum der Meldung:

.....