

kranke oder krankheitsverdächtige Person
(Name, Vorname, Adresse)

Geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Telefon¹⁾:

Meldeformular für Kita u. Schule

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6 IfSG
Meldepflicht bei SARS-CoV-2 bzw. CoVid-19

- Verdacht
 gesicherte Diagnose

Kinderärztin/-arzt:

- SARS-CoV-2 (Corona-Virus)

Beginn der Erkrankung (TT.MM.JJJJ)

Symptomatik

- Fieber >38,5°C oder Schüttelfrost
 Husten
 Halsschmerzen
 Durchfall
 Schwindel
 Kopfschmerzen
 Lungenentzündung
 Andere:

Grunderkrankungen & Risikofaktoren

- keine
 Diabetes
 Nierenfunktionsstörung
 Herz-/Kreislaufkrankungen
 Bluthochdruck
 Immunsuppression
 bösartige Erkrankungen
 Lungenerkrankungen
 Asthma
 Allergien
 Epilepsie
 Andere:

Kontakt zu SARS-CoV-2 Fall (bestätigt)

- Ja
 Nein
 unbekannt

Wohnsituation

- privat / Familie
 Einrichtung (Heim, Residenz, Wohngruppe):

Betreuungssituation in der Einrichtung

- in der Einrichtung seit:
 Einzelbetreuung
 Gruppebetreuung
Gruppe:
Gruppengröße:
 Andere:

Epidemiologische Situation

- wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
 ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:Name/Ort der Einrichtung:
 Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
 Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland):
..... von: bis:
 Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
 Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾
Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Kreis Heinsberg
Gesundheitsamt
Valkenburger Str. 45
52525 Heinsberg
Tel.: 02452-135301
Fax: 02452-135396
Email: Infektionsschutz@kreis-heinsberg.de

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

Meldende Person
(Einrichtungsleitung, Name der Einrichtung, Adresse, Telefonnummer):

1) Telefonnummer und Impfstatus der Patientin/des Patienten bei Einverständnis der Patientin/des Patienten bitte eintragen.

2) Die Labornausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.