

Meldebogen Covid-19 Verdachtsfall

Meldender	Praxisstempel
	Meldender Arzt:
Betroffene Person	
Name	
Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Adresse und weitere Kontakt Daten	
Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung	
Diagnose oder Verdachtsdiagnose	
Tag der Erkrankung	
Tag der Diagnose	
Wahrscheinlicher Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion	
Wahrscheinliche Infektionsquelle und zugrundeliegende Tatsachen	
Infektionsort	
Überweisung, Aufnahme und Entlassung z.B. aus einem Krankenhaus, gegebenenfalls intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer	
Anschrift Labor	