Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):

Kallweit, Hermann

Am Hausacker 33
44807 Bochum

Geschlecht: ○ **weiblich** ◉ **männlich** ○ **divers**

geb. am: 30.01.1962

Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):
Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)
0234 / 5840367

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

◉ **Klinische Diagnose**
Diagnosedatum: 26.01.2022

○ **Tod** ○ verstorben an COVID-19
○ verstorben mit COVID-19

Todesdatum:

○ **Verdacht**
○ **Hospitalisierung**
○ **Aufnahme Intensivstation**
○ **Entlassung aus der Klinik**

Angaben zum bisherigen klinischen Verlauf

☐ **anamnestisch bereits bekannte, labordiagnostisch gesicherte SARS-CoV-2-Infektion** Befunddatum:

☐ **Antigen-Schnelltest** Ergebnis: ☐ positiv ☐ negativ Befunddatum:
Bestätigungs-PCR veranlasst ☐ Ja ☐ Nein veranlasst am:

☐ **Pos. Antikörpertest** ☐ IgG-Nachweis ☐ IgA-Nachweis ☐ IgM-Nachweis

Krankheitsschwere:

☒ Leichte Erkrankung: Keine Pneumonie
☐ Moderate Erkrankung: Pneumonie, nicht schwer
☐ Schwere Erkrankung: Schwere Pneumonie, SpO_2 < 90-94%, O_2-Bedarf
☐ Kritische Erkrankung: Atem- / Multiorganversagen, ARDS, Hyperinflammation, Tod

Teil einer Erkrankungshäufung (Ausbruchsituation) ☐ Ja ☐ Nein
Ausbruchsort/-zeitraum, vermutete Exposition, etc.:

Impfstatus **Gegen SARS-CoV-2 geimpft** ☒ Ja ☐ Nein Impfstoff: Booster 03.12.21

Datum 1. Impfung: Datum 2. Impfung:

Symptome/Befunde **Symptombeginn am:** 24.01.2021 **oder** ☐ asymptomatisch / keinerlei Symptome

Symptome:

☒ Halsschmerzen/-entzündung ☐ Husten ☒ Schnupfen ☐ Allg. Krankheitszeichen ☐ Tachykardie ☐ Fieber ☐ Durchfall ☐ Tachypnoe ☐ Dyspnoe
☐ Pneumonie ☐ beatmungspflichtige Atemwegserkrankung ☐ akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS) ☐ Multiorganversagen ☐ Nierenversagen
☐ Geruchs- und/oder Geschmacksverlust

Infektionsquelle

☒ Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion, Name des Erkrankten: Enkelkind
☐ Person hatte keinen wissentlichen Kontakt zu einem Erkrankten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion
☐ Reiseanamnese (Land/Zeitraum):

Wahrscheinliches Infektionsumfeld:

☐ unklar ☐ Arbeitsplatz ☐ Bildungs- / Betreuungseinrichtung ☐ Gesundheitseinrichtung ☐ Privater Haushalt ☐ Einzelhandel ☐ Freizeit ☐ Gastronomie
☐ Veranstaltung ☐ Transportmittel ☐ Übernachtung ☐ Wohnstätten ☐ sonstiges:

Epidemiologische Situation

Patient/in ist tätig:

☒ im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)
☐ in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)

Arbeitsort des Patienten/der Patientin:
Service Mülltransport, sT. Josef-Hosptial

Patient/in wird betreut oder ist untergebracht in:

☐ Schule ☐ Kita ☐ Heim ☐ Obdachlosenunterkunft ☐ gemeinschaftliche Asylunterkunft
☐ JVA ☐ Pflegeheim ☐ sonst. Massenunterkünfte:

Angaben zur Unterbringung (Name der Einrichtung, Anschrift):

Meldende Person

(Name, Praxis/Krankenhaus unter Angabe der Station/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.):

Dr. med. Friederike Lemm
Innere Medizin Allgemein 1 (IMA1)
St. Josef-Hospital
Gudrunstraße 56
44791 Bochum
Telefon: (0234) 509-0

DECT-Nr.: 0234.509-2145
LANR (BSNR): 589779099 (999999999)

☒ Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt.

Name, Ort, Telefonnr. des Labors:
St. Josef-Hospital -Zentrallabor-
Gudrunstraße 56
44791 Bochum

Probenentnahme am:
26.01.2022

▶ **unverzüglich zu melden an:**

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:
Gesundheitsamt Stadt Bochum
Westring 28 / 30
44787 Bochum

Tel.: (0234) 910-3201 (3266)
am WE Feuerwehrleitstelle: (0234) 9254-0
Fax: (0234) 910-1399 (oder -3214)

27.01.2022 Dr. med. Friederike Lemm
Datum, Name, Unterschrift der meldenden Person