



EINRICHTUNGSMELDUNG einer COVID-Erkrankung gem. § 6 IfSG - vertraulich -

Meldende Person: <hr/> Name <hr/> Einrichtungsname <hr/> Anschrift <hr/> Tel.-Nr., E-Mail	<input type="checkbox"/> positiver PoC-Antigen-Test auf COVID-19 Datum des Tests:
Betroffene Person: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
<hr/> Name, Vorname Geburtsdatum	
<hr/> Anschrift	
<hr/> Tel.-Nr., E-Mail	

Die betroffene Person ist in Einrichtungen und Unternehmen nach § 35 Abs. 1 bzw. § 36 Abs. 1 und 2 IfSG (Kindertageseinrichtungen, Kinderhorte, Schulen, sonstige Ausbildungseinrichtungen, Kinderheime, Ferienlager, voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringungen 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:



ANLAGE zur Meldung bei einem positiven Testergebnis

Symptome: Erkältung Fieber keine Symptomatik

sonstige Symptomatik:

schwere Symptomatik:
stationäre Einweisung:

Die getestete Person ist tätig bzw. untergebracht im Wohnbereich: _____

Besonderheiten: _____

Eine Isolation erfolgt.

Die Versorgung der positiven Person erfolgt mit PSA und FFP2-Maske.

In den letzten Tagen vor der positiven Testung bestanden **relevante Kontakte** zu anderen Personen in der Einrichtung: ja nein

wenn ja – notwendige Maßnahmen für diese Kontakte:

gesundheitliche Beobachtung

Bewohnertestung gemäß internem Hygienekonzept ja nein

Häufigkeit:

Dauer:

Der/die positive Beschäftigte hatte während der Arbeits- und Pausenzeiten ungeschützte Kontakte zu nicht-immunisierten Beschäftigten: ja nein

wenn ja – notwendige Maßnahmen:

Die nicht-immunisierte Person ist so einzusetzen, dass kein Kontakt zu vulnerablen Personen besteht (z. B.: Wäscherei o.ä.).

Es besteht bereits eine **Erkrankungshäufung** in der Einrichtung ja nein

Zusätzliche Maßnahmen sind veranlasst:

- bereichsbezogener Einsatz der Mitarbeiter*innen ja nein
- Pausenzeiten werden einzeln verbracht ja nein
- tgl. Selbsttest der Mitarbeiter für 5 Tage nach letztem pos. Fall ja nein

Sonstige Maßnahmen:

gez. _____
Name, Funktion