

**Meldung SARS-CoV-2 an das Gesundheitsamt Region Kassel**

**Fax: 0 561 787-1911**

**E-Mail: [infektionsschutz@kassel.de](mailto:infektionsschutz@kassel.de)**

**Antigen-Test positiv**

**klinischer Verdacht**

**PCR-Test positiv**

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**klinisch:**

blande

„grippaler Infekt“

„Influenza“

Ageusie/Anosmie

Pneumonie

**Risikofaktor:**

Asthma/COPD

Raucher/in

KHK

Diabetes mellitus

Hypertonie

Immundefekt

aktive Krebserkrankung

**Epidemiologische Kriterien / soziales Umfeld:**

Name Kontakt, \_\_\_\_\_

Heimbewohner/in

Pflegeeinrichtung, \_\_\_\_\_

Lehrer/in

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Erzieher/in

oder Einrichtung \_\_\_\_\_

systemrelevanter Beruf: \_\_\_\_\_

**Infektions-:**

- Ort, \_\_\_\_\_

- Zeitraum/-punkt, \_\_\_\_\_

- Quelle? \_\_\_\_\_

**Vermutete**

**Exposition,**

**Bemerkungen etc.** \_\_\_\_\_

**PoC-Antigen-Test**

positiv am: \_\_\_\_\_

(PCR erforderlich!)

**Häusliche Isolation**

**PCR-Abstrich** am: \_\_\_\_\_

AU-Bescheinigung (ggf. bis) \_\_\_\_\_

gesendet an Labor: \_\_\_\_\_

Krhs.-Einweisung: \_\_\_\_\_

**Name der Ärztin/des Arztes (lesbar!):** \_\_\_\_\_

für Rückfragen: Telefon- / Faxnummer: \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin/des Arztes \_\_\_\_\_