

ID ____ (auszufüllen von der Gesundheitsbehörde, laufende Zahl mit Abkürzung der Bezirksverwaltungsbehörde)

Fallbericht für Verdachtsfall, wahrscheinlichen Fall und bestätigten Fall einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (2019-nCoV)

Datum der Meldung an die Gesundheitsbehörde: [T] [T]/[M][M]/[J][J][J][J]

Meldende Institution/Direktion der gesundheitsversorgenden Einrichtung/Arzt/Ärztin:

Abschnitt 1: Patienteninformation

Vorname _____

Zuname _____

Kontakt details _____

Geburtsdatum: [T] [T]/[M][M]/[J][J][J][J]

Männlich Weiblich

Ort, an dem der Fall festgestellt wurde:

Bundesland: _____

Bezirksverwaltungsbehörde: _____

Patient Wohnort: _____

Bundesland: _____

Bezirksverwaltungsbehörde: _____

Patient klinischer Verlauf

1 akutes respiratorisches Syndrom (mit oder ohne Fieber sowie mit oder ohne Husten), bei der basierend auf klinischen, radiologischen oder histopathologischen Hinweisen auf ein entzündliches Infiltrat der Verdacht besteht, dass die unteren Atemwege betroffen sind (z.B. Pneumonie oder Akutes Atemnotsyndrom).

2 respiratorische Symptome andere als unter Punkt 1 angegeben

Datum des Auftretens der Symptome: [T][T]/[M][M]/[J][J][J][J]

Krankenhausaufnahme: Nein Ja

Falls ja,

Datum der Hospitalisation: [T][T]/[M][M]/[J][J][J][J]

Datum der Isolierung: [T][T]/[M][M]/[J][J][J][J]

Patientensymptome:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anamnese von Fieber / Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche | <input type="checkbox"/> Erhöhte Atemfrequenz |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Halsentzündung | <input type="checkbox"/> Diarrhoea |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Kopf-/Muskel- Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Andere, bitte angeben _____ | |

Patientenzeichen: Körpertemperatur: [] [] [] °C Lungenröntgenbefund: _____

Abschnitt 2: Exposition und Reiseinformationen innerhalb der 14 Tage vor Auftreten der Symptome (vor der Meldung, wenn asymptomatisch)

Hat sich der Patient/die Patientin in den 14 Tagen vor dem Auftreten der Symptome **im Ausland** aufgehalten?

- Nein
- Ja

Falls ja, Angabe von Aufenthaltsort und -dauer

	Land	Stadt	Zeitperiode von - bis
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Hat der Patient/die Patientin in den 14 Tagen vor Auftreten der Symptome **eine oder mehrere Gesundheitseinrichtungen aufgesucht?** Nein Ja

Falls ja, bitte angeben welche _____

Hat der Patient/die Patientin in den 14 Tagen vor Auftreten der Symptome **Kontakt mit einem wahrscheinlichen oder bestätigten Fall gehabt?:**

- Nein
- Ja

Falls ja, Angabe der Art des Kontaktes

Versorgung bzw. Pflege eines wahrscheinlichen / bestätigten Falles als medizinisches Personal oder Familienmitglied

Aufenthalt am selben Ort mit wahrscheinlichen/bestätigten Fall

- Klassenzimmer,
- Arbeitsplatz,
- erweiterter Familienkreis,
- Gesundheitsversorgende Einrichtung
- Kaserne
- Ferienlager
- Öffentlicher Transport
- Gemeinschaftseinrichtung
- Andere _____

Abschnitt 3: Laboratory Information

Name des untersuchenden Laboratoriums:

Nachweis von nCoV

- ja
- noch ausständig

Falls ja, Angabe zum Testverfahren _____

Datum der Verfügbarkeit des positiven Ergebnisses: [_D_] [_D_] / [_M_] [_M_] / [_Y_] [_Y_] [_Y_] [_Y_]]