**Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es an:**

1. **Vorgesetzten:** zur Kenntnisnahme
2. **corona@klinikumsolingen.de :** Damit ihre Erkrankung dem Gesundheitsamt als „Erkrankter Mitarbeiter im Gesundheitswesen“ gemeldet wird.

Diese Meldung ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben.

Das Formular wird abschließend an die Arbeitsmedizin weitergeleitet.

**Teil I durch Mitarbeiter/in auszufüllen und an die/den Vorgesetzte/n mailen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indexpatient/in, Indexstation: | | |
| **Name, Vorname Mitarbeiter/in:** | | **Tel. Privat:** |
| **Geb. Datum**: | **Tel. Arbeit:** | |
| **Private Anschrift**: | | |
| Berufliche Bezeichnung: | | Vorgesetzter: |
| Letzter Einsatz im Krankenhaus (Datum, Uhrzeit): | | Abteilung: |

* **Dokumentieren Sie bitte ihre Symptome im Corona-Tagebuch online.**
* **Gabe es Lücken in der Persönlichen Schutzausrüstung?**

**Nein:**

**Ja: Wenn ja, bitte notieren:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ungeschützten Kontakt in den 48 Std. vor Symptomen bzw. positivem Testergebnis hatte ich zu folgenden Mitarbeiter:Innen (diese Daten werden an das Gesundheitsamt weitergeleitet):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Abteilung/Beruf** | **Wann? Wie?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Für weitere Daten ggf. Rückseite nutzen!!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formular ausgefüllt durch:** | **Datum/Unterschrift:** |

**Teil II durch Mitarbeiter/in auszufüllen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Genesen?** | | Wann? | | | |
| **Geimpft?** | **Impfstoff:** | 1. **Impfung:** | 1. **Impfung:** | 1. **Impfung:** | 1. **Impfung:** |
|  | BioNTech |  |  |  |  |
|  | Astra Zeneca |  |  |  |  |
|  | Moderna |  |  |  |  |
|  | Johnson & Johnson |  |  |  |  |
|  | Novavax |  |  |  |  |

**Teil III durch Hygiene auszufüllen:** □ BG □ SL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Abstrich (Datum, Uhrzeit): | am: | um: |
| Ergebnis | □ positiv □ negativ | |
| Telefonisch durchgegeben: | □ ja (Datum, Unterschrift): | |
|  | □ nein, Grund: | |

Bemerkungen: