

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

vor Verlegungen Covid-19 positiver Patienten in unser Krankenhaus  
füllen Sie dieses Formular bitte vollständig aus.

**Faxnummer:  
0345/778-6189**

### Angaben zu Ihrem Krankenhaus

Krankenhausname: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Ansprechpartner + Telefon: \_\_\_\_\_

Verlegungsgrund:  Keine Isolationsmöglichkeit  Personalmangel  
 Keine Bettenkapazitäten  \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Patientenetikett
------------------

Erstsymptomatik (Seit wann? Welche?): \_\_\_\_\_

Datum **PCR**-Test: \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

Laufende Therapie: \_\_\_\_\_

Patient sauerstoffpflichtig?  ja, \_\_\_\_\_ l/min  nein

### Kopie beilegen

⇒ **Positiver PCR-Befund**

⇒ **Meldebogen an das Gesundheitsamt**

Bitte faxen Sie diese Anmeldung **inklusive der oben genannten Kopien** an 0345/778-6189.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift  
**Arzt/Ärztin**