

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Meldeformular – vertraulich – Influenza A

Telefon:.....

Geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Meldepflichtige Krankheit gemäß §1 IfSG- Meldepflicht-Anpassungsverordnung

(in Verbindung mit §6 Infektionsschutzgesetz (IfSG))

Verdacht

Tod

Erkrankung

Todesdatum:

Angaben zu den einzelnen Symptomen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schnupfen oder verstopfte Nase |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Husten oder Dyspnoe (Atemnot) |
| <input type="checkbox"/> Diarrhö | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar |

Vorliegen einer Pneumonie (Lungenentzündung):

- Ja Nein Unbekannt

Risikofaktoren:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung |
| <input type="checkbox"/> chron. Atemwegserkr. | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Behandlungsbedürftige Adipositas oder |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar | Body Mass Index (BMI) > 30 |

Angaben zur Therapie:

- Tamiflu® (Oseltamivir) Relenza® (Zanamivir) Keine
Therapiebeginn (Datum):

Infektionsquelle bekannt oder vermutet:

- Kontakt zu an Influenza A -erkrankten Personen
 Patient/in weiß nicht, wo er/sie sich angesteckt hat
 Patient/in war innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn im Ausland von: bis:
Land/Länder:
 Arbeit in einem Labor, in dem Influenza Proben getestet werden

Epidemiologische Situation:

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
 Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
 Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
 Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:
Name/Ort der Einrichtung:.....
Grund der Krankenhauseinweisung:
 Influenzaerkrankung (schwerer Verlauf und/oder Risiko von Komplikationen)
 anderer Grund, und zwar.....
 Patient/in ist Teil einer Erkrankungshäufung (z.B. Reisegruppe):.....

Veranlasste Diagnostik:

- Schnelltest positiv Schnelltest negativ kein Schnelltest durchgeführt
 Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt ¹⁾
Name/Ort des Labors:

Unverzüglich melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

LANDKREIS STADE

**Gesundheitsamt -
Heckenweg 7
21680 Stade**

Fax: 04141 / 12 – 53 13

Mail: gesundheitsamt@landkreis-stade.de

Erkrankungsdatum²⁾:
.....

Diagnosedatum²⁾:
.....

Datum der Meldung:
.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis,
Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)

¹⁾ Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§6 und 7 IfSG).

²⁾ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.