

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon:.....

Geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Meldeformular – vertraulich – Neue Influenza (A/H1N1)

hervorgerufen durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika aufgetretene neue Virus

Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei neuer Influenza (NIMPV)

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/H1N1-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 Proben auf neue Influenza (Influenza A/H1N1) 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

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.