

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

geb. am:

Telefon¹⁾:

¹⁾ Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §1 IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung (in Verbindung mit §6 Infektionsschutzgesetz (IfSG))

- ☐ **Verdacht** Erkrankungsdatum²⁾:
☐ **Krankheit** Diagnosedatum²⁾:
☐ **Tod** Todesdatum: Datum der Meldung:

Aviäre Influenza vom Typ: A(H___ N___) (Bitte Typ angeben, z.B. H5N1, H5N8, H7N9)

Symptomatik

- ☐ Fieber $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ oder Schüttelfrost
☐ Husten
☐ Atemnot
☐ Pneumonie
☐ akuter Krankheitsbeginn

☐ Tod durch unklare akute respiratorische Erkrankung

Epidemiologische Exposition

Aufenthalt innerhalb von 5 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- ☐ Reise oder Wohnort in einem Gebiet mit laborbestätigter aviärer Influenza vom o.g. Typ beim Tier (in Deutschland: 10km-Beobachtungsgebiet)
Infektionsort:
Zeitraum: von: bis:

Tierkontakt

- ☐ Direkter Kontakt mit erkranktem/ verstorbenem Vogel/Geflügel oder anderem Tier mit möglicher aviärer Influenza
☐ Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem innerhalb der vorausgegangenen 6 Wochen infiziertes oder infektionsverdächtiges Geflügel gehalten oder verkauft wurde
☐ Verzehr von rohen oder nicht vollständig erhitzten Geflügelprodukten aus einem Gebiet, in dem o.g. Typ festgestellt wurde.

Patientenkontakt

- ☐ Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen Fall vom o.g. Typ
☐ Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten Fall vom o.g. Typ

Laborexposition

- ☐ Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf o.g. Typ getestet wurden

Bemerkungen:

Epidemiologische Situation

- ☐ Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
☐ Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig
nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
☐ 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:
☐ **Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)

Name / Ort der Einrichtung:

.....
.....
.....

Erreger, Ausbruchsort- und zeitraum, Exposition:

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (soweit nicht oben angegeben)

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Aktivität):

- ☐ Auslandsaufenthalt von: bis: Land:
☐ Aufenthalt in anderem Kreis von: bis: Kreis:

Angaben zur Infuenza-Impfung: ☐ Geimpft, Datum der letzten Impfung: ☐ Impfstatus unbekannt ☐ nicht geimpft

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

☐ Es wurde ein **Labor** / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt³⁾

Name/Ort/Telefonnummer des Labors:

Probenahme am:

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

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

³⁾ Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).