

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 Aviäre-Influenza-Meldepflicht-Verordnung

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

Aviäre Influenza HPAI A(H5N1)

Symptomatik

- Fieber ≥ 38,0°C oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Pneumonie

Epidemiologische Exposition

Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- Reise oder Wohnort in einem Gebiet mit laborbestätigter hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) **A(H5N1)** beim Tier (in Deutschland: 10km-Beobachtungsgebiet; siehe www.fli.bund.de; im Ausland: siehe www.oie.int)

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 **HPAI-A(H5N1)-Gebiet**

Patientenkontakt

- Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen **HPAI A(H5N1)-Fall**
- Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten **HPAI A(H5N1)-Fall**

Laborexposition

- Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf **HPAI A(H5N1)** getestet wurden

Aviäre Influenza A(H7N9)

Symptomatik

- Fieber ≥ 38,0°C oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Pneumonie

Epidemiologische Exposition

Aufenthalt innerhalb 10 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- Reise oder Wohnort in einem **Risikogebiet** für aviäre Influenza **A(H7N9)**, siehe WHO: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/influenza_h7n9/Data_Reports/en/index.html

Tierkontakt im Risikogebiet

- Direkter Kontakt zu Vögeln, insbesondere Geflügel
- Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem Vogel, insbesondere Geflügel, gehalten oder verkauft wurden
- Verzehr von rohen oder nicht vollständig erhitzten Geflügelprodukten

Patientenkontakt

- Kontakt mit menschlichem bestätigten **A(H7N9)-Fall**

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:

Name / Ort der Einrichtung:

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

- Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)

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:

Landkreis Schaumburg
Gesundheitsamt
Probsthäger Straße 6, 31655 Stadthagen
Telefon: 05721 9758-0
Telefax: **05721 9758-58** (nur für Meldungen)

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