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

geb. am:

Telefon[1]:

[1] Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

Meldeformular

- Vertraulich -

Zoonotische / aviäre Influenza gemäß §6 Abs.1 IfSG

☐ **Verdacht**
☐ **Krankheit**
☐ **Tod** Todesdatum: .....

Erkrankungsdatum[2]**:** .....
Diagnosedatum[2]**:** .....
Datum der Meldung: .....

Zoonotische / aviäre Influenza Typ: A(H__ N__) (Bitte Typ angeben, z.B. H5N1, H5N8, H7N9)

Symptomatik

☐ Fieber ≥ 38,0°C oder Schüttelfrost
☐ Husten
☐ Atemnot
☐ Pneumonie
☐ akuter Krankheitsbeginn

☐ Tod durch unklare akute respiratorische Erkrankung

Bemerkungen:

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

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 703-2500
Telefax 05721 703-2558 (nur für Meldungen)
Meningokokken: Nachts+Wochenende bitte an die Rettungsleitstelle, Telefon 05721 937000

☐ Es wurde ein **Labor** / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt[3]

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).

Version 2022-02-07
Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt - Roesebeckstr. 4-6 – 30449 Hannover – www.nlga.niedersachsen.de