

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

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

<sup>1)</sup> Telefonnummer des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

- Verdacht** Erkrankungsdatum<sup>2)</sup>: .....
- Krankheit** Diagnosedatum<sup>2)</sup>: .....
- Tod** Todesdatum: ..... Datum der Meldung: .....

### Aviäre Influenza vom 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

#### 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:  
Landkreis Schaumburg  
**Gesundheitsamt**  
Probsthäger Straße 6, 31655 Stadthagen  
Telefon: 05721 703-2500  
Telefax: 05721 703-2558 (nur für Meldungen)

Menigokokken: Nachts + Wochenende bitte an die  
Rettungsleitstelle Telefon: 05721 937000

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>3)</sup>

Name/Ort/Telefonnummer des Labors: .....

Probenahme am: .....

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

.....

<sup>2)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

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