

# Meldeformular – vertraulich –

Patient (Name, Vorname, Adresse)

## Schweinegrippe (Influenza A/H1N1)

Gemäß IfSG §6 (1) 5 (Auftreten einer bedrohlichen Krankheit)

Verdacht

Tod

klinische Diagnose

Todesdatum: \_\_\_\_\_

Telefon<sup>1)</sup>: .....

Geb. am: .....

Geschlecht:  weibl.  männl.

## Schweinegrippe (Influenza A/H1N1)

- Fieber
- Schnupfen oder verstopfte Nase
- Halsschmerzen
- Husten oder Dyspnoe (Atemnot)

- Kopfschmerz
- Diarrhöe
- Myalgie
- Erbrechen

Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- Aufenthalt in einem Risikogebiet gemäß Definition RKI

([http://www.rki.de/clin\\_091/DE/Content/InfAZ//Influenza/IPV/IPV\\_Node.html?\\_nnn=true](http://www.rki.de/clin_091/DE/Content/InfAZ//Influenza/IPV/IPV_Node.html?_nnn=true))

Kontaktanamnese

- direkter Kontakt mit einem wahrscheinlichen oder bestätigten/m menschlichen Fall/Fällen von Schweinegrippe
- Gleichzeitiger Aufenthalt in einem Raum mit bestätigten/m menschlichen Fall/Fällen von Schweinegrippe
- Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Influenza A/nH1N1 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: .....

- Patient/in war im Ausland von: ..... bis: ..... Land/Länder: .....

- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....

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

Name/Ort des Labors: .....

## Unverzüglich melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

Erkrankungsdatum<sup>2)</sup>:

.....

Diagnosedatum<sup>3)</sup>:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

1) bitte Telefonnummer eintragen

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

3) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.