

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

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum: .....

### Aviare Influenza HPAI A(H5N1)

#### Symptomatik

- Fieber oder  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$  oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Lungenentzündung

#### 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](http://www.fli.bund.de); im Ausland: siehe [www.oie.int](http://www.oie.int))

##### Tierkontakt

- Direkter Kontakt mit erkranktem/verstorbenem Vogel/Geflügel oder dessen Ausscheidungen
- 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

##### Menschlicher Kontakt

- 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

### Aviare Influenza A(H7N9)

#### Symptomatik

- Fieber  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$  oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Lungenentzündung

#### Epidemiologische Exposition

##### Aufenthalt innerhalb 10 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- Reise oder Wohnort in einem Risikogebiet für aviäre Influenza A(H7N9)

##### 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

- Versorgung eines menschlichen bestätigten A(H7N9)-Falles, insbesondere durch medizinisches Personal oder Familienmitglieder
- Aufenthalt in demselben Raum mit einem menschlichen bestätigten A(H7N9)-Fall, während dieser symptomatisch war

### Sonstige aviäre Influenza A

Subtyp (H...N...), falls bekannt: .....

#### Symptomatik

- Fieber  $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$  oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Lungenentzündung
- Sonstige: .....

#### Epidemiologische Exposition

- Aufenthalt in einem Gebiet mit laborbestätigter aviärer Influenza
- Kontakt mit erkrankten oder verendeten Vögeln sowie deren Produkten oder Ausscheidungen
- Direkter Kontakt mit einer an aviärer Influenza erkrankten Person
- Sonstige: .....

### 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: ..... Staaten: .....
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): ..... von: ..... bis: .....
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftrag<sup>2)</sup>  
Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Neumarkt i.d.OPf.  
Dr.-Grundler-Straße 1  
92318 Neumarkt i.d.OPf.

Fax: 09181 470 1500

Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:

.....

Diagnosedatum<sup>3)</sup>:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

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

<sup>2)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

<sup>3)</sup> Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.