

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**
- Krankheit**
- Tod** Todesdatum:

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_interfac/e/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 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) Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:

Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾

Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Kreisverwaltung Alzey-Worms
Abteilung 7 – Referat Gesundheitsamt
Postfach 13 60
55221 Alzey

Telefon: 06731 408-6011/-6012
Telefax: 06731 408-6260

Erkrankungsdatum³⁾:

.....

Diagnosedatum³⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

.....

.....

.....

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

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

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden