

Patient:  weibl.  männl.

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

<sup>1)</sup> Telefonnummer bitte eintragen

# Meldeformular

– vertraulich –

## Meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und Verordnung über die Meldepflicht bei Aviärer Influenza beim Menschen vom 11.05.2007

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

### Aviäre Influenza A/H5N1

- Fieber > 38,0°C, oder Schüttelfrost  
 Akuter Beginn  
 Husten  
 Atemnot

### Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn

- Aufenthalt 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)

### Kontaktanamnese

- Direkter Kontakt mit erkranktem/verstorbenem Vogel/Geflügel oder anderem Tier mit möglicher HPAI oder dessen Ausscheidungen (gemäß Faldefinition FLI (www.fli.bund.de))  
 Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem innerhalb der vorausgegangenen 6 Wochen infiziertes oder infektionsverdächtiges Geflügel gehalten wurde  
 Verzehr von rohem oder nicht vollständig erhitzten Geflügelprodukten aus einem HPAI-Gebiet  
 Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen Fall  
 Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten Fall  
 Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Influenza A/H5 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:

- Patient/in war im Ausland von: ..... bis: ..... Land/Länder: .....  
 Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregernamen, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....  
 Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt <sup>3)</sup>  
Name des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Landratsamt Potsdam-Mittelmark  
Fachdienst Gesundheit  
  
Fax: 033841/91-377

Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:  
.....  
Diagnosedatum<sup>3)</sup>:  
.....  
Datum der Meldung:  
.....

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

<sup>2)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).  
<sup>3)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.