

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Schule ..... Klasse: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

Telefon: .....

Geb. am: .....

Geschlecht:  weibl.  männl.

# Meldeformular – vertraulich – Neue Influenza A/H1N1

hervorgerufen durch das erstmals im April 2009  
in Nordamerika aufgetretene neue Virus

**Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei  
neuer Influenza (NIMPV) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1**

## Nr. 1 IfSG

- Verdacht  Tod  
 Erkrankung  Todesdatum: .....

### Angaben zu den einzelnen Symptomen:

- Fieber  $\geq 38^{\circ}\text{C}$   Husten  
 Andere, und zwar .....

Symptombeginn: .....

### Vorliegen einer Pneumonie (Lungenentzündung):

- Ja  Nein  Unbekannt

### Risikofaktoren:

- Keine  Diabetes mellitus  Herz-Kreislaufkrankung  
 chron. Atemwegserkr.  Schwangerschaft  Behandlungsbedürftige Adipositas oder  
 Immunsuppression  Andere, und zwar ..... Body Mass Index (BMI) > 30

### Angaben zur Therapie:

- Tamiflu® (Oseltamivir)  Relenza® (Zanamivir)  Keine Therapiebeginn: .....

### Infektionsquelle bekannt oder vermutet:

Nein Ja

- Infektionsquelle bekannt:  
 Kontakt zu an Influenza A/H1N1-erkrankten Personen.  
 Patient/in war innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn im Ausland von: ..... bis: .....  
Land/Länder: .....  
  Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Neue Influenza (Influenza A/H1N1) getestet werden.

### Epidemiologische Situation:

Nein Ja

- Patient/in hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen (u.a. Schwangere, Personen mit  
chronischen Grunderkrankungen, Immunsupprimierte, Kleinkinder bis 24 Monate).  
  Enger Kontakt des Patienten (z.B. Familie) hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen.  
  Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: .....  
Name/Ort der Einrichtung: .....  
Grund der Krankenhauseinweisung:  
 Influenzaerkrankung (schwerer Verlauf und/oder Risiko von Komplikationen)  
 anderer Grund, und zwar.....  
  Patient/in ist Teil einer Erkrankungshäufung (z.B. Reisegruppe):.....

### Veranlasste Diagnostik:

Erregerspezifische PCR auf Neue Influenza A/H1N1 durchgeführt<sup>1)</sup>:

- nein  ja, Ergebnis ausstehend  ja, Ergebnis positiv  ja, Ergebnis negativ

### Unverzüglich melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

Landkreis Fulda  
Fachbereich Gesundheit

Fax 0661/6006-653

Erkrankungsdatum<sup>2)</sup>:

.....

Diagnosedatum<sup>2)</sup>:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

<sup>1)</sup> Die Laborauschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§6 und 7 IfSG).

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