

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_interface/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:

Landratsamt Fürth

Abt. Gesundheitsamt

Im Pinderpark 4

90513 Zirndorf

FAX: 0911/9773-1803

E-Mail: infektionsschutz@lra-fue.bayern.de

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.