

Patient (Name, Vorname, Adresse)

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-Kreislauferkrankung  
 chron. Atemwegserkr.  Schwangerschaft  Behandlungsbedürftige Adipositas oder  
 Immunsuppression  Andere, und zwar ..... Body Mass Index (BMI) > 30

**Angaben zur Therapie:**

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

**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. Klinik, Pflegeheim)  
Name/ Ort der Einrichtung.....
- Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche z.B. Schule, Kiga  
Name/ Ort der Einrichtung.....
- 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

Landratsamt Tübingen  
Abteilung Gesundheit  
Wilhelm-Keil-Str. 50  
72072 Tübingen  
Tel.: 07071/ 2073330  
Fax: 07071/2073331

**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.