

unverzüglich (spätestens innerhalb von 24 Std. , § 9 Abs. IfSG) **zu melden an:**

Landratsamt Biberach
 – Gesundheitsamt –
 Rollinstr. 17

 88400 Biberach

Tel.: 073515/2-6151; **Fax:** 07351/52-6160

 kreisgesundheitsamt@biberach.de

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus)
 mit Telefon:

MELDEBOGEN POSITIVER INFLUENZA-SCHNELLTEST
 vorgeschriebene Meldung nach §7 IfSG, bitte an das zuständige Gesundheitsamt faxen

Influenza-typische Symptomatik
 („Influenza-Like-Illness“ - ILI)

- Akuter Krankheitsbeginn
- **und** Fieber >38.5°C oder Schüttelfrost
- **und** Husten Für untenstehende Fragen :
- **und** Muskel- (= „Glieder-“) oder Kopfschmerzen

? = weiß nicht

ERGEBNIS DES SCHNELLTESTS (INFLUENZA A oder B)	positiv	negativ	ungültig
Ergebnis bei Schnelltests, die nach A und B differenzieren	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>
Datum der Probenentnahme	___/___/200__		

Beginn der Erkrankung	___/___/200__		
Akuter Beginn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Fieber / Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Temperatur	_____°C		
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Muskel- o. Kopf- o. Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Andere, welche ?			

KOMPLIKATIONEN

Pneumonie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Krankenhauseinweisung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?

MASSNAHMEN

Influenza-Impfung in dieser Saison	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Wenn ja: War diese mehr als 14 Tage vor dem jetzigen Erkrankungsbeginn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Wurde eine antivirale Therapie eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Wenn ja a) Wann?	a) ___/___/200__		
b) Welche Wirkstoffklasse? – Neuraminidasehemmer (NA) (z.B. Relenza TM , Tamiflu®) – Amantidinpräparat (AM) (z.B. Amantadin®)	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> ?		

PATIENTENANGABEN

Geschlecht	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> ?
Geburtstag	_____(TT MM JJJJ)		

.....

Name des/der Patienten/Patientin: _____ **Vorname:** _____

Hauptwohnsitz: _____ |_____|_____|_____|_____| _____ **Ort** _____ **Telefon** _____
 Straße und Hausnummer PLZ

Meldeformular_RT_Influenza_Schnelltest