

Patient (Name, Vorname)

Geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Adresse:

Telefon:

Ermittlungsbogen Influenza

- Influenza A**
- Influenza B**
- Influenza A/B** (nicht näher differenziert)
- Erkrankung**
- Tod (Datum:**)

Bitte ausfüllen und zurück faxen an 09281/16873

Angaben zu den einzelnen Symptomen:

- akuter Krankheitsbeginn
- Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Husten
- Muskel-, Glieder-, Rücken- oder Kopfschmerzen
- akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)
- beatmungspflichtige Atemwegserkrankung
- Pneumonie (Lungenentzündung)

Angaben zur Schwere des Krankheitsverlaufs:

- 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 (z.B. Einweisung zur Isolation oder wegen einer anderen Erkrankung), und zwar.....

Risikofaktoren:

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

Angaben zur Therapie:

- Oseltamivir (Tamiflu®)
- Zanamivir (Relenza®)
- symptomatisch

Status der Immunisierung gegen die saisonale Influenza:

- letzte Impfung am (Datum / Impfstoff): /
- ungeimpft unbekannt
- bei Kindern: Anzahl der Impfungen in der aktuellen Saison:

Rückmeldung bitte an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

Landratsamt Hof
Abteilung Gesundheitswesen
Theaterstr. 8
95028 Hof
Per Fax (09281) 16873

Erkrankungsdatum¹⁾:

.....

Diagnosedatum¹⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

¹⁾ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.