

**Praxisstempel**

**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
- **und** Muskel- (=„Glieder-„) oder Kopfschmerzen

Für untenstehende Fragen :

J = Ja    N = Nein    ?? = Weiß nicht

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

**ERKRANKUNGSDATEN**

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

**KOMPLIKATIONEN**

Pneumonie	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ??
Krankenhauseinweisung	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> ??

**MASSNAHMEN**

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

.....

**Name des/der Patienten/Patientin:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Hauptwohnsitz:** \_\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon