

Influenza- Nachweis mittels Schnelltest

Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG zuzüglich notwendiger Angaben im Rahmen der Ermittlungen gemäß IfSG zum Erkrankungsgeschehen

Landratsamt
Pfaffenhofen a. d. Ilm
Gesundheitsamt
Krankenhausstr. 70a
85276 Pfaffenhofen

vertraulich
Gesundheitsamt Pfaffenhofen
Krankenhausstr. 70a
85276 Pfaffenhofen
per Fax: 08441-271420

Meldende Arztpraxis (Stempel)	Meldende Person Tel. Datum: / /
Patientenangaben Name Vorname Geburtsdatum Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Straße und Hausnummer <hr/> PLZ, Wohnort Falls bekannt Tel. Nr.	Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (Kita, Schule) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Wenn ja, welche Einrichtung wird besucht? Bewohner einer Altenpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Wenn ja, welche Einrichtung wird besucht?
Diagnostik Datum der Probeentnahme Nachweis <input type="checkbox"/> Influenza A <input type="checkbox"/> Influenza B <input type="checkbox"/> Influenza A/B nicht differenziert <input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Rachenabstrich	Symptome / Komplikationen Akuter Beginn <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Tag der Erkrankung Krankenhauseinweisung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fieber/ Schüttelfrost <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Temperatur °C Husten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Halsschmerzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Bronchitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Pneumonie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Angaben zur Impfung aktuelle saisonale Impfung erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht Wenn ja, Datum der Impfung? <input type="checkbox"/> unbekannt Name des Impfstoffes? <input type="checkbox"/> unbekannt	