

Patient/in

Name: Vorname: Geburtsdatum: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Symptome/Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (bitte die wichtigsten Symptome einzeln aufzählen):

.....
.....

Tag der Erkrankung¹: Tag der Diagnose¹:

¹wenn genaues Datum nicht bekannt, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Verstorben: Nein Ja Unbekannt Wenn ja, Todestag: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Wahrscheinliche Infektionsquelle: Land: Ort:

Weitere Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung):

Blut- /Organ- /Gewebespende in den letzten 6 Monaten: Nein Ja Nicht bekannt

Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut- oder Gewebespende übertragen werden können

Wenn ja, nähere Angaben:

Aufenthalt/Überweisung/Aufnahme in Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege (soweit bekannt):

Nein Ja Wenn ja, wo:
Name der Einrichtung Station/Abteilung

Anschrift:
Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefon

Aufnahme am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Entlassung am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Impfstatus:

Impfstatus in Bezug auf gemeldete Erkrankung gegen die Impfstoffe zur Verfügung stehen oder standen (z. B. Cholera, Diphtherie, Hepatitis A oder B, Masern, Meningokokken, Poliomyelitis, S. typhi, Tuberkulose)

Nicht geimpft Anzahl der erhaltenen Impfdosen: |_|_|
 Geimpft
 Impfstatus nicht bekannt Letzte Impfdosis: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich (Mehrfachnennung möglich):

- Tätigkeit des/der Erkrankten in medizinischen Bereichen
- Tätigkeit des/der Erkrankten in Gemeinschaftseinrichtungen (§36 Abs. 1 oder Abs. 2 IfSG)
(z. B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte)
- Erkrankter wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (§ 33 IfSG)
(z. B. Kinderkrippe, Hort, Schule)
- Tätigkeit des/der Erkrankten im Lebensmittelbereich (§42 Abs. 1 IfSG)
(Nur bei Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera)

Name der Einrichtung Telefon

.....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Name der Einrichtung Telefon

.....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Labor/Untersuchungsstelle, das/die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde:

Untersuchungsmaterial: Stuhl Urin Blut Liquor Sputum Sonstiges:

Name der Untersuchungsstelle/des Labormediziners Telefon

.....
Straße und Hausnummer PLZ Ort