

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung

- Verdacht**
 Klinische Diagnose
 Tod Todesdatum:

 Aviäre Influenza HPAI A(H5N1)**Symptomatik**

- Fieber oder $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ oder Schüttelfrost
- Husten
- Atemnot
- Lungenentzündung

Epidemiologische Exposition**Aufenthalt innerhalb 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn**

- Reise oder Wohnort in einem Gebiet mit laborbestätigter hochpathogener aviärer Influenza (HPAI) A(H5N1) beim Tier (in Deutschland: 10km-Beobachtungsgebiet; siehe www.fli.bund.de; im Ausland: siehe www.cie.int)

Tierkontakt

- Direkter Kontakt mit erkranktem/verstorbenem Vogel/Geflügel oder dessen Ausscheidungen
- Aufenthalt auf einem Grundstück, auf dem innerhalb der vorausgegangenen 6 Wochen infiziertes oder infektionsverdächtiges Geflügel gehalten oder verkauft wurde
- Verzehr von rohen oder nicht vollständig erhitzen Geflügelprodukten aus einem HPAI-A(H5N1)-Gebiet

Menschlicher Kontakt

- Direkter Kontakt mit menschlichem wahrscheinlichen HPAI-A(H5N1)-Fall
- Direkter Kontakt mit menschlichem bestätigten HPAI-A(H5N1)-Fall

Laborexposition

- Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf HPAI A(H5N1) getestet wurden

Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig**, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
- Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: Name/Ort der Einrichtung:
- Patient/in war im Ausland von: bis: Staaten:
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift:
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): von: bis:
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird) Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt²⁾

Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Stadt Köln - Gesundheitsamt
 Neumarkt 15-21
 50667 Köln

Telefax: 0221/221-23553

Erkrankungsdatum³⁾:**Diagnosedatum³⁾:****Datum der Meldung:**Meldende Person
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.):