Patient (Name, Vorname, Adresse)		Meldeformular – vertraulich –	
		Neue Influenza	A/H1N1
		hervorgerufen durch o Nordamerika aufgetre	das erstmals im April 2009 in etene neue Virus
Telefon:		Gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei neuer Influenza (NIMPV) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG	
Geb. am:		│	□ Tod
Geschlecht: □ weibl. □ mä	innl.	☐ Erkrankung	Todesdatum:
Angaben zu den einzelnen Symptomen:			
☐ Fieber ≥ 38°C	□ Husten		
□ Andere, und zwar		Sympt	ombeginn:
Vorliegen einer Pneumonie (Lungenentzündung):			
□ Ja	□ Nein		nbekannt
Risikofaktoren:			
□ Keine	□ Diabetes		erz-Kreislauferkrankung
□ chron. Atemwegserkr.	□ Schwange		ehandlungsbedürftige Adipositas oder
□ Immunsuppression	□ Andere, u	nd zwar Be	ody Mass Index (BMI) > 30
Angaben zur Therapie: Tamiflu ® (Oseltamivir) Therapiebeginn (Datum)	□ Relenza 🤄	③ (Zanamivir)	□ Keine
Infektionsquelle bekannt oder vermutet: Nein Ja			
□ □ Infektionsquelle bekannt:			
□ Kontakt zu an Influenza A/H1N1-erkrankten Personen.			
□ Patient/in war innerhalb von 7 Tagen vor Erkrankungsbeginn im Ausland von: bis: Land/Länder:			
□ Arbeit in einem Labor, in dem Proben auf Neue Influenza (Influenza A/H1N1) getestet werden.			
Epidemiologische Situation:			
Nein Ja □ Patient/in hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen (u.a. Schwangere, Personen mit			
 Patient/in hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen (u.a. Schwangere, Personen mit chronischen Grunderkrankungen, Immunsupprimierte, Kleinkinder bis 24 Monate). 			
□ Enger Kontakt des Patienten (z.B. Familie) hat beruflichen Kontakt mit vulnerablen Gruppen.			
□ □ 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, und zwar			
Veranlasste Diagnostik: Erregerspezifische PCR auf Neue Influenza A/H1N1 durchgeführt ¹⁾ :			
□ nein □ ja, Ergebnis ausstehend □ ja, Ergebnis positiv □ ja, Ergebnis negativ			
Unverzüglich melden an:			
Adresse des zuständigen Gesundl	heitsamtes	Erkrankungsdatum ²⁾ :	Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)
		Diagnosedatum ²⁾ :	
		Diagnoscuatum .	
		•••••	
		Datum der Meldung:	

¹⁾ Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§6 und 7 IfSG).
2) Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.