

Patient (Name, Vorname, Adresse)

# Erhebungsbogen für Gesundheitsämter

## Neue Influenza A/H1N1

gemäß Verordnung über die Meldepflicht bei Influenza,  
die durch das erstmals im April 2009 in Nordamerika  
aufgetretene neue Virus („Schweinegrippe“)  
hervorgerufen wird i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG

**Meldung des Todesfalls,**  
wenn im zeitlichen Zusammenhang eine Infektion  
mit Neuer Influenza A/H1N1 nachgewiesen wurde

Geb. am: .....

Geschlecht:  weibl.  männl.

**Datum der Meldung** .....

**Todesdatum** .....

### Todesursache

I. Direkt zum Tod führende Krankheit oder Zustand: .....

II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tod beigetragen haben: .....

### Klinische Informationen

**Datum des Symptombeginns** ..... **Hospitalisierung**  Ja  Nein .  
Einweisung in das Krankenhaus am: .....

#### Komplikationen

Pneumonie  Ja  Nein  Unbekannt  
(Lungenentzündung) ↪  Primäre, virale Pneumonie  
 Bakterielle Pneumonie  
 Nicht näher spezifiziert

#### Beatmungssituation

Beatmung  Ja  Nein  Unbekannt  
ECMO  Ja  Nein  Unbekannt  
(Extrakorporale Membranoxygenierung)

#### Andere Komplikationen

Myokarditis  Ja  Nein  Unbekannt      Enzephalitis  Ja  Nein  Unbekannt  
Andere .....

### Expositionen / Risikofaktoren

- Keine  Diabetes mellitus  Herz-Kreislauferkrankung
- chronische Atemwegserkrankung  Schwangerschaft (Trimenon: .....
- Adipositas (Body Mass Index (BMI) > 30)  Immunsuppression
- andere Risikofaktoren, und zwar .....
- Tätigkeit im Gesundheitswesen mit Kontakt zu Patienten oder infektiösem Material
- Unbekannt

### Angaben zur Therapie/Impfung

Tamiflu® (Oseltamivir)  Relenza® (Zanamivir)  Keine  Unbekannt  
Therapiebeginn (Datum): .....

Impfung gegen Neue Influenza A/H1N1  Ja  Nein  Unbekannt  
↪ Datum der Impfung: .....  Unbekannt

### Diagnostik

Erregerspezifische PCR auf Neue Influenza A/H1N1 durchgeführt am (Datum): .....

Nachweis anderer relevanter Infektionserreger:

Erreger/Material: 1....., 2..... 3.....

Bitte melden an:  
Stadt Nürnberg  
Gesundheitsamt  
Burgstr. 4  
90403 Nürnberg

**FAX 0911/231-4660**

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis,  
Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)