

**unverzüglich** (spätestens innerhalb von 24 Std. , § 9 Abs. IfSG) **zu melden an:**

Landratsamt Reutlingen  
 – Gesundheitsamt –  
 St.-Wolfgang-Str. 13  
  
 72764 Reutlingen  
  
 Tel.: 07121 480 4399  
 Fax: 07121 480 1818

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus)  
 mit Telefon:

**MELDEBOGEN POSITIVER INFLUENZA-SCHNELLTEST**  
 vorgeschriebene Meldung nach §7 IfSG, bitte an das zuständige Gesundheitsamt faxen

Influenza-typische Symptomatik  
 („Influenza-Like-Illness“ - ILI)  
 – Akuter Krankheitsbeginn  
 – **und** Fieber >38.5°C oder Schüttelfrost  
 – **und** Husten Für untenstehende Fragen :  
 – **und** Muskel- (= „Glieder-“ ) oder Kopfschmerzen

? = weiß nicht

ERGEBNIS DES SCHNELLTESTS (INFLUENZA A oder B)	positiv	negativ	ungültig
Ergebnis bei Schnelltests, die nach A und B differenzieren	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>
Datum der Probenentnahme	___/___/200__		

Beginn der Erkrankung	___/___/200__		
Akuter Beginn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Fieber / Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Temperatur	_____° C		
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Muskel- o. Kopf- o. Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Andere, welche ?			

**KOMPLIKATIONEN**

Pneumonie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Krankenhauseinweisung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?

**MASSNAHMEN**

Influenza-Impfung in dieser Saison	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Wenn ja: War diese mehr als 14 Tage vor dem jetzigen Erkrankungsbeginn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Wurde eine antivirale Therapie eingeleitet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Wenn ja a) Wann?	a) ___/___/200__		
b) Welche Wirkstoffklasse? – Neuraminidasehemmer ( <b>NA</b> ) (z.B. Relenza <sup>TM</sup> , Tamiflu <sup>®</sup> ) – Amantidinpräparat ( <b>AM</b> ) (z.B. Amantadin <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> ?		

**PATIENTENANGABEN**

Geschlecht	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> ?
Geburtstag	_____(TT MM JJJJ)		

Name des/der Patienten/Patientin: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefon

Meldeformular\_RT\_Influenza\_Schnelltest