

Ermittlungsbogen für übertragbare Krankheiten nach §§ 25 - 27 Infektionsschutzgesetz

Persönliche Daten der erkrankten Person

Vorname		Nachname	
Adresse		Geburtsdatum	
PLZ	Ort		
Telefon			
E-Mail			

Die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ist freiwillig. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie auf elektronischem Weg kontaktieren dürfen.

Ausgeübter Beruf	Beschäftigt bei
Schule oder Kindergarten	

Erkrankung

<input type="checkbox"/> Coronavirus SARS CoV-2 / COVID-19 <input type="checkbox"/> Influenza (Echte Grippe) <input type="checkbox"/> Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankung / Enteritis <input type="checkbox"/> Windpocken / Gürtelrose (Herpes zoster)
--

Behandelnder Arzt/Ärztin (Hausarzt, Kinderarzt)

Name	Telefon
Anschrift	
PLZ	Ort

Bei Enteritis: Besitzen Sie oder eine Person Ihres Haushalts ein Gesundheitszeugnis oder eine Bescheinigung des Gesundheitsamtes oder eines beauftragten Arztes gem. § 42/43 IfSG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Arbeitgebers eintragen
Sind Sie oder eine Person Ihres Haushalts zurzeit im Lebensmittelgewerbe tätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Name der Personen und Arbeitgeber eintragen
Bei Tätigkeiten im Lebensmittelgewerbe oder in Gemeinschaftseinrichtungen werden in der Regel zur Beurteilung des Infektionsverlaufes vom Gesundheitsamt Stuhluntersuchungen durchgeführt bzw. veranlasst. Als frei von Krankheitserregern gilt, wenn drei aufeinanderfolgende Stuhluntersuchungen negativ verlaufen (gilt nicht bei Noro- oder Rotavirusinfektionen). Wichtig: Sollte die Darmerkrankung mit Antibiotika behandelt werden, darf die Stuhluntersuchung frühestens 4 Tage nach Beendigung der Antibiotikatherapie eingeleitet werden.

Beginn der Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Bei Windpocken / Gürtelrose Beginn Hautausschlag	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt

Symptome <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> akutes schwere Atemnotsyndrom (ARDS) <input type="checkbox"/> allgemeine Krankheitszeichen <input type="checkbox"/> Atemnot (Dyspnoe) <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> beatmungspflichtige Atemwegserkrankung <input type="checkbox"/> beschleunigte Atmung (Tachypnoe) <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Durchfall, blutig <input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung (Tachykardie) <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Lungenentzündung (Pneumonie) <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> andere:
Bei Windpocken <input type="checkbox"/> spezifisches klinisches Bild: Ausschlag an Haut oder Schleimhaut bei gleichzeitig vorhandenen Papel, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf <input type="checkbox"/> unspezifisches klinisches Bild: Ausschlag an Haut oder Schleimhaut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln	
Bei Gürtelrose (Herpes zoster) <input type="checkbox"/> unspezifisches klinisches Bild: Schmerzen, einseitig auf ein Hautsegment lokalisiert, ohne Hautausschlag <input type="checkbox"/> spezifisches klinisches Bild mit folgenden Symptomen	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Ausschlag, einseitig auf Hautsegment beschränkt, bläschenförmig <input type="checkbox"/> Brennen <input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Schmerzen im betroffenen Bereich <input type="checkbox"/> andere:

Bei Influenza Therapie <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Tamiflu (Oseltamivir) <input type="checkbox"/> Relenza (Zanamivir)	Therapiebeginn
--	----------------

Risikofaktoren <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> weniger als 6 Woche nach Geburt <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftige Adipositas oder BMI >30 <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Chronische Atemwegserkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> neurologische/neuromuskuläre Erkrankung, z.B. Schlaganfall, Demenz, Parkinson <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> andere:
--	--

Wurden Sie bezüglich Ihrer Erkrankung geimpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Datum, Impfstoff und Person, z.B. Arzt/Ärztin, angeben
--

Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung in Krankenhausbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Grund, Krankenhaus und Zeitraum angeben

Vermutete Infektionsquelle <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Kontakt zu erkrankter Person <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt 7-14 Tage vor Erkrankungsbeginn <input type="checkbox"/> andere	
Name und Kontaktdaten der erkrankten Person	
Aufenthaltsland und Zeitraum	
andere Quelle	
Bei Enteritis weitere Quellen <input type="checkbox"/> Fleisch <input type="checkbox"/> Fisch <input type="checkbox"/> Käse <input type="checkbox"/> weitere Milchprodukte	<input type="checkbox"/> Eis <input type="checkbox"/> Gemüse <input type="checkbox"/> Essen in Gaststätte <input type="checkbox"/> Tierkontakte
nähere Angaben zum verzehrten Produkt oder zum Kontakt	

Eventuelle Reste der verdächtigen Lebensmittel sollten in der Tiefkühltruhe aufbewahrt werden.

Sind weitere Familienangehörige bzw. Personen, die in Ihrem Haushalt leben, erkrankt?

ja nein

wenn ja, bitte Name und Kontaktdaten der Personen angeben

Sind Sie oder andere Personen Ihres Haushalts privat oder beruflich in einer Schule, einem Kindergärten, einem Krankenhaus oder einer Gemeinschaftseinrichtungen der Pflege oder Behindertenhilfe?

ja nein

wenn ja, bitte Person und Aufenthaltsort angeben

Haben Sie Kontakt zu vulnerablen Gruppen wie zum Beispiel Schwangeren, Personen mit chronischen Grunderkrankungen oder Immunschwäche, Kleinkindern bis 24 Monate

ja nein

Wenn ja, bitte Ort angeben

Zugehörigkeit zur Bundeswehr

ja nein

Wenn ja, bitte Ort angeben

Blut-, Organ- oder Gewebespende in den letzten 6 Monaten?

ja nein

wenn ja, bitte Details zur Spende angeben

Zusätzliche Anmerkungen oder Hinweise

Ort, Datum

Unterschrift

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an:

Landratsamt Dillingen a.d.Donau
Fachbereich Gesundheit
Große Allee 24
89407 Dillingen a.d.Donau