

Meldeformular - vertraulich -

Stand: Dezember 2014

für Hämolytisch Urämisches Syndrom (HUS) Krankheitsverdacht, Erkrankung, Todesfall beim Menschen gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Hauptwohnsitz: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort / Telefonnummer

Derzeitiger Aufenthalt: _____
Straße / Hausnummer / PLZ / Aufenthaltsort / Telefonnummer

Krankheitsverdacht Erkrankung Tod, am: _____

Erkrankungsdatum¹⁾: _____ Diagnosedatum¹⁾: _____ Meldedatum: _____

Informationen zum klinischen Bild

Erkrankungsbeginn (Durchfallbeginn, falls vorhanden):/...../.....

Tag Monat Jahr

- Durchfall, blutig Erbrechen andere Symptome:
- Durchfall, nicht blutig Fieber
- Durchfall, nicht näher bezeichnet Symptome, zerebrale

HUS-Erkrankungsbeginn:/...../.....

Tag Monat Jahr

- Hämolytische Anämie
- Thrombozytopenie ≤ 150.000 Zellen/mm³
- Nierenfunktionsstörung
- Einschränkung der Nierenfunktion (z.B. Serumkreatininerhöhung, Oligurie (verminderte Harnausscheidung, unter 500 ml / 24h))
- Nierenversagen (z.B. Anurie (Harnausscheidung unter 100 ml / 24 h))
- Proteinurie (Eiweißausscheidung im Urin)
- Hämaturie (blutiger Urin)

Informationen zur Diagnostik bzw. Diagnostikeinrichtung

Falls bekannt: Ergebnis (Erreger, Serogruppe)

Name Telefonnummer

Straße und Hausnummer PLZ Ort

Epidemiologische Situation

- Teil einer Erkrankungshäufung (epidemiologischer Zusammenhang mit anderem HUS-Fall bzw. laborbestätigtem EHEC-Fall vermutet)
Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc:
- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig**, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (§ 42 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 in der Woche vor Krankheitsbeginn (Reiseanamnese) von: ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____
- In (Ort bzw. Land):

Unverzögliche Meldung an

Landkreis Marburg-Biedenkopf
Fachbereich Gesundheitsamt
Schwanallee 23 - 35037 Marburg
Telefon: 06421/405-40
Fax: 06421/405-4161

Meldende Person

(Ärztin / Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer)

¹⁾ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben