Meldeformular nach §6.3 IfSG Nosokomiale Häufungen

Bitte von Einrichtung an das zuständige Gesundheitsamt faxen

Erreger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wahrscheinliche(r) Infektionsweg(e) (zB. Aerosol, Fäkal-Oral, Kontakt):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wahrscheinliches Infektionsrisiko (zB schwere Grunderkrankungen, Intensivstation, Frühgeborene, Beatmung, invasive Zugänge):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zahl der betroffenen Patienten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fall Nr | Antibio-gramm vorhanden | ggf. erforderliche Meldung nach §6.1 oder 7.1 IfSG (Einzelfallmeldung) erfolgt am <Datum> | Monat / Jahr der Diagnose | Material  (zB Blut, Wundabstrich, Sputum, Urin, Punktat, Liquor) | Methode  (zB PCR, Kultur, Serologie) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| Fall Nr | Antibio-gramm vorhanden | ggf. erforderliche Meldung nach §6.1 oder 7.1 IfSG (Einzelfallmeldung) erfolgt am <Datum> | Monat / Jahr der Diagnose | Material  (zB Blut, Wundabstrich, Sputum, Urin, Punktat, Liquor) | Methode  (zB PCR, Kultur, Serologie) |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |