

Erhebungsbogen für Legionellose

Zur Verwendung im Gesundheitsamt bei Legionellose-Meldefällen

Erhebung in **Ergänzung** zum Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und dem Labor-Meldeformular zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG.

Patient/Patientin Geburtsdatum: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_| (tt/mm/jjjj) Männlich Weiblich Divers

Name: Vorname:

Adresse:

Verstorben Nein Ja, am |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_| (tt/mm/jjjj) nicht ermittelbar

1Todesursache an der gemeldeten Krankheit aufgrund anderer Ursache nicht ermittelbar

Hospitalisierung Nein Ja nicht ermittelbar

Hospitalisiert von |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_| (tt/mm/jjjj) bis |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_| (tt/mm/jjjj)

Hospitalisierungsgrund aufgrund der gemeldeten Krankheit aufgrund anderer Ursache nicht ermittelbar

Status gemäß IfSG

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ohne | <input type="radio"/> nicht ermittelbar |
| <input type="radio"/> Betreut in Gemeinschaftseinrichtung nach § 23 | <input type="radio"/> Tätigkeit in Einrichtung gemäß § 23 |
| <input type="radio"/> Betreut in Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 | <input type="radio"/> Tätigkeit in Einrichtung gemäß § 33 |
| <input type="radio"/> Betreut in Einrichtung nach § 35,36 | <input type="radio"/> Tätigkeit in Einrichtung nach § 35,36 |
| <input type="radio"/> Tätigkeit mit Lebensmitteln nach § 42 | |

Genauere Bezeichnung der Einrichtung (Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim, Schule, Kindertageseinrichtung etc.):

Klinisches Bild Pneumonie

Erkrankungsbeginn: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_| (tt/mm/jjjj)

Ohne Symptomatik die für die Krankheit bedeutsam ist (andere respiratorische Symptome, z.B. Schnupfen, Husten (Pontiac-Fieber)²)

Keine klinischen Informationen verfügbar (nicht ermittelbar)

Häusliche Wasserinstallation

Mehrfamilienhaus, Parteien:..... Einfamilienhaus Gemeinschaftseinrichtung (z.B. im Seniorenheim)

Warmwasserversorgungssystem (gem. Trinkwasserverordnung)

Großanlage Kleinanlage

Expositionsort(e): Aufenthalte (mit Übernachtung) innerhalb der **letzten 10 Tage** vor Symptombeginn, Adressen jeweils unten (S. 2) angeben

Aufenthalte im privaten/beruflichen Umfeld

im eigenen Haushalt außerhalb des eigenen Haushalts (z.B. Arbeitsplatz, Friseurbesuch, Wellness)

Untersuchungspflichtige Trinkwasserinstallation nach TrinkwV: Nein Ja

Falls Nein, Grund für keine Untersuchungspflicht:

¹ Gemäß Angaben auf der Todesbescheinigung (Teil I a bis c). Sofern die übermittelte Krankheit nicht als Teil der zum Tod führenden Kausalkette genannt ist, sollte ‚aufgrund anderer Ursache‘ angekreuzt werden.

² Fälle mit Pontiac-Fieber erfüllen nicht die Falldefinition für das klinische Bild der Legionellenpneumonie

Pflegeeinrichtung
 Seniorenheim Behindertenheim andere Einrichtung:.....

Medizinische Einrichtung
 Krankenhaus Reha/Kurklinik o.ä. andere Einrichtung:.....

Reiseexposition
 Hotel/Pension Kreuzfahrtschiff Campingplatz Ferienapartment
 Privatunterkunft bei Freunden/Verwandten andere Reiseunterkunft:

Untersuchungspflichtige Trinkwasserinstallation nach TrinkwV: Nein Ja
Falls Nein, Grund für keine Untersuchungspflicht:

Erster Übernachtungsort: Aufenthalt von |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (tt/mm/jjjj) bis |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (tt/mm/jjjj)

Land:

Name der Unterkunft/Einrichtung.....

Adresse:

Telefonnummer:.....Zimmer-/Wohnungsnummer, genauer Aufenthaltsort:

Zweiter Übernachtungsort: Aufenthalt von |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (tt/mm/jjjj) bis |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| (tt/mm/jjjj)

Land:

Name der Unterkunft/Einrichtung.....

Adresse:

Telefonnummer:.....Zimmer-/Wohnungsnummer, genauer Aufenthaltsort:

Infektionsrisiken (innerhalb der letzten 10 Tage vor Symptombeginn)

Nutzung von
 Schwimmbad Whirlpool Sauna/Dampfbad öffentliche Duschkmöglichkeit
 Inhalationstherapie Autowaschanlage (mit Kontakt zu Aerosolen) Benutzung eines Hochdruckreinigers
 Friseurbesuch Zahnarztbesuch

Aufenthalt in
 Räumen mit Klimaanlage der Nähe eines Kühlturms oder einer Verdunstungskühlanlage (gem. VDI 2047)
 der Nähe von Springbrunnen

Kontakt zu Luftbefeuchtungsanlage

Berufliche Exposition:

Andere mögliche Infektionsquelle:.....

1. Infektionsquelle

Land: Name/Ort der Infektionsquelle.....

Adresse:

2. Infektionsquelle

Land: Name/Ort der Infektionsquelle.....

Adresse:

Weitere Erkrankte (respiratorische Symptome) im Umfeld (z.B. bei Haushaltsmitgliedern, Mitreisenden)

1. Name: Männlich Weiblich Divers Tel.Nummer:.....

2. Name: Männlich Weiblich Divers Tel.Nummer:.....

Gleiches Infektionsrisiko/gleicher Expositionsort

Nein Ja , Welche:

Falls zutreffend:

Ergebnisse der letzten Regeluntersuchung gemäß TrinkwV der Trinkwasseranlage vor Auftreten des Falles liegen vor

Ergebnis:

Maßnahmen

Material zur Typisierung an das Konsiliarlabor gesendet am |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (tt/mm/jjjj)

Ergebnis:

Gesundheitsamt am Expositionsort informiert. Amt/Ansprechpartner/Telefonnummer:

.....

Trinkwasseruntersuchung im Rahmen der Fall-Ermittlungen in Hausinstallation veranlasst.

Ergebnis: