

Erhebungsbogen für Mpox (Mpox-Virus)

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.

Patientin/Patient

Name: _____ Vorname: _____ männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____ (tt/mm/jjjj)

Erkrankungsbeginn (falls genaues Datum unbekannt bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben)

von _____ (tt/mm/jjjj) bis _____ (tt/mm/jjjj)

Hospitalisierung nein ja unbekannt

Hospitalisierungsgrund aufgrund der gemeldeten Krankheit
aufgrund anderer Ursache
unbekannt

Hospitalisiert vom _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Verstorben nein ja unbekannt

Verstorben am _____ (tt/mm/jjjj)

Todesursache an der gemeldeten Krankheit
aufgrund anderer Ursache
unbekannt

Bei Angabe der Todesursache bitte vermerken, ob der Patient direkt oder indirekt an der übermittelten Infektionskrankheit verstorben ist. Verwenden Sie zur Beurteilung des Sachverhalts die 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.

Expositionsort (bis 21 Tage vor Symptombeginn, bei verschiedenen Ländern, Städten, Orten, Veranstaltungen usw. siehe Seite 2)

Land (wenn nicht Deutschland) _____

Stadt/Region _____

Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Impfung gegen Mpox nein ja, Datum _____ (tt/mm/jjjj) unbekannt

Impfung gegen Pocken nein ja, Datum _____ (tt/mm/jjjj) unbekannt

Klinisches Bild/Symptome

- Fieber
- geschwollene Lymphknoten, wo _____
- Hautausschlag
- Hautläsionen, wo _____
- Schleimhautläsionen

Beginn der Hautsymptome **Datum** _____ (tt/mm/jjjj)

Wahrscheinlicher Infektionsweg bekannt

- nein ja unbekannt
- Sexueller Kontakt mit bekanntermaßen infizierter Frau
 - Sexueller Kontakt mit bekanntermaßen infiziertem Mann
 - Sexueller Kontakt mit Männern
 - Sexueller Kontakt mit Frauen
 - Haushaltskontakt
 - Berufliche Exposition durch Patienten/-innen, Material
 - Kontakt zu infiziertem Tier
 - Sonstiges

Absonderung nein ja unbekannt
Absonderung vom _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Seite 2 nur ausfüllen bei mehreren Expositionsorten (Rundreise etc.)

Expositionsort 2 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland) _____
Stadt/Region _____
Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit 2 **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Expositionsort 3 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland) _____
Stadt/Region _____
Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit 3 **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Expositionsort 4 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland) _____
Stadt/Region _____
Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit 4 **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Expositionsort 5 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland) _____
Stadt/Region _____
Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit 5 **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Expositionsort 6 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland) _____
Stadt/Region _____
Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit 6 **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)

Expositionszeit 7 (bis 21 Tage vor Symptombeginn)

Land (wenn nicht Deutschland) _____

Stadt/Region _____

Ort/Veranstaltung _____

Expositionszeit 7 **Datum** **von** _____ (tt/mm/jjjj) **bis** _____ (tt/mm/jjjj)