



Nationales Referenzzentrum für Influenza

Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 030-18754-2456, 2464, 2205

Fax: 030-18754-2605 e-mail: SchweigerB@rki.de

Ansprechpartner: Dr. B. Schweiger

Einsender

NRZ-Nr.:

Nasenabstrich Rachenabstrich **PATIENTENANGABEN**

Name, Vorname	
Anschrift: Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	___ / ___ / _____

ERKRANKUNGSDATEN

Datum der Probenentnahme	___ / ___ / 200__
Beginn der Erkrankung	___ / ___ / 200__
Akuter Beginn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Fieber / Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Temperatur	_____ °C
Husten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Muskel- oder Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Pneumonie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht

REISEHISTORIE

Hat sich der Patient in einem Gebiet mit Fällen von menschlichen Schweinegrippe-Infektionen aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
Wenn ja, bitte Land, Provinz, Stadt angeben:	
Wann hat sich der Patient dort aufgehalten (DD/MM/JJ)?	Von _____ bis _____
Hatte der Patient Kontakt mit menschlichen Schweinegrippe-Fällen (Verdachtsfällen oder bestätigten Fällen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht

IMPfung & ANTIVIRALE ARZNEIMITTEL

Influenza-Impfung in dieser Saison?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> weiß nicht
wenn ja: Datum der Impfung?	___ / ___ / 200__
Welcher Impfstoff (Markenname)?	
Wurde eine antivirale Therapie eingeleitet?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Tamiflu® <input type="checkbox"/> Relenza™ <input type="checkbox"/> Amantadin
wenn ja: wann?	___ / ___ / 200__
Innerhalb von 14 Tagen vor Erkrankungsbeginn: Wurde eine andere Person im Haushalt antiviral behandelt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Tamiflu® <input type="checkbox"/> Relenza™ <input type="checkbox"/> Amantadin

Wäre der Patient/die Patientin oder Erziehungsberechtigte damit einverstanden, für evtl. Rückfragen vom Robert Koch-Institut noch einmal angerufen zu werden?

Ja Nein
Tel.-Nr.: _____ / _____