

Verdacht auf invasive Meningokokken-Erkrankung

Gesundheitsamt: _____

Meldeeingang im GA: Datum: ___/___/___-__-__
Tag/Monat/Jahr Uhrzeit: _____

Geburtsdatum (Monat/Jahr): ___/___-__-__
Monat/Jahr

Geschlecht: männlich weiblich

Klinische Angaben:

Meningitis Sepsis Waterhouse Friderichsen-Syndrom

Weitere Symptomatik: _____

Beginn der Symptomatik (Datum, Uhrzeit): ___/___/___-__-__
Tag/Monat/Jahr

Datum der Krankenhausaufnahme ___/___/___-__-__
Tag/Monat/Jahr

Verstorben: ja nein

Erregerdiagnostik eingeleitet: ja nein

Material: Blut
 Liquor
 Sonstiges: _____

Mikroskopischer Befund liegt vor: ja _____ nein

Material wird ans Nationale Referenzzentrum für Meningokokken geschickt:

ja nein wurde vom GA angeregt

Impfung: ja Impfstoff: _____ Impfdatum: ___/___/___-__-__
Tag/Monat/Jahr

nein

unbekannt

Prophylaxe eingeleitet: ja nein, nicht erforderlich
 Familie
 Sonstige: _____

Gemeinschaftseinrichtung betroffen: ja nein

Schule
 Kindergarten
 Sonstige: _____

Hinweis auf Auslandsaufenthalt: ja Land: _____ von: ___/___/___-__-__ bis ___/___/___-__-__
 nein Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr

Name des Bearbeiters (in Druckbuchstaben): _____ Telefon-Nr.: _____