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

**[[1]](#footnote-1)Todesursache** 🔾 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**

 🔾 Ohne 🔾 nicht ermittelbar

 🔾 Betreut in Gemeinschaftseinrichtung nach § 23 🔾 Tätigkeit in Einrichtung gemäß § 23

 🔾 Betreut in Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 🔾 Tätigkeit in Einrichtung gemäß § 33

 🔾 Betreut in Einrichtung nach § 35,36 🔾 Tätigkeit in Einrichtung nach § 35,36

 🔾 Tätigkeit mit Lebensmitteln nach § 42

Genaue 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]](#footnote-2))

 🔾 Keine klinischen Informationen verfügbar (nicht ermittelbar)

**Häusliche Wasserinstallation**

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

Warmwasserversorgungssytem (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: ……………………………………………………………………………..

🔾 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 Duschmöglichkeit

🔾 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: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Fälle mit Pontiac-Fieber erfüllen nicht die Falldefinition für das klinische Bild der Legionellenpneumonie [↑](#footnote-ref-2)