

# 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)<sup>2</sup>)

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: .....

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 Duschkabine  
 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: .....