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)

**Expositionsort 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)