Erhebungsbogen bei Legionellosen

für Ermittlungen im Rahmen der Befragung von an Legionellose erkrankten Personen und zur Unterstützung der Eingabe in die Meldesoftware

Patient/Patientin Geburtsdatum: (tt/mm/jjjj) Geschlecht: bitte wählen

Aktenzeichen:

Adresse:

Hinweis: Treten innerhalb einer Woche mehr als zwei Fälle mit derselben Postleitzahl auf, sollte grundsätzlich geprüft werden, ob eine gemeinsame Infektionsquelle vorliegt bzw. in Betracht kommt, um mögliche Zusammenhänge zu erkennen.

Klinische Informationen

◯ Pneumonie

Erkrankungsbeginn: (tt/mm/jjjj)

◯ ohne Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist
(andere respiratorische Symptome, z.B. Schnupfen, Husten (Pontiac-Fieber))

◯ keine klinischen Informationen verfügbar

Hinweis zur Eingabe in SurvNet: Nur bei gesicherter Pneumonie (Legionärskrankheit) ist die Referenzdefinition erfüllt, setzen Sie dann ein Häkchen bei „Pneumonie“. Liegt keine Pneumonie vor, wählen Sie „Ja, aber ohne Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“.

Labornachweis

◯ Nein

◯ Ja, am: (tt/mm/jjjj)

Nachweismethode:

Nachweismaterial:

Probenversand an das Konsiliarlabor:

◯ Nein

◯ Ja, am: (tt/mm/jjjj)

Da Urin-Antigentests falsch-positive Ergebnisse liefern können, sollten positive Urinproben zur Bestätigung der Diagnose und Erregertypisierung (MAb-Subtypisierung) an das Konsiliarlabor eingesendet werden. Dies ist insbesondere bei gehäuft auftretenden Nachweisen empfehlenswert. Da Urinproben spätestens nach einer Woche entsorgt werden, empfiehlt sich eine zeitnahe Kontaktaufnahme mit dem Primärlabor.

Die Erregerisolierung und eine Bestimmung des Sequenztyps ist nur aus respiratorischen Materialien möglich. Um einen sicheren Zusammenhang zwischen Legionellen aus Umweltisolaten und Patientenproben herzustellen, ist die Einsendung von Isolaten oder von respiratorischen Materialien erforderlich

Hospitalisierung

Hospitalisierung ◯

Hospitalisiert ◯ von bis (tt/mm/jjjj)

Hospitalisierungsgrund: bitte wählen

Risikofaktoren

☐ Rauchen	☐ Diabetes	☐ Immunsuppression
☐ Tumorerkrankung	☐ Nierenerkrankung	☐ Lungenerkrankung
☐ Transplantation	☐ Kortisontherapie	☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung

Status gemäß IfSG bitte wählen bitte wählen

bitte wählen bitte wählen

Genaue Bezeichnung und Namen der Einrichtungen (Krankenhaus, Alten-/Pflegeheim, Schule, Kindertageseinrichtung etc.):

Verstorben bitte wählen

Verstorben am (tt/mm/jjjj)

[1]Todesursache bitte wählen

Epidemiologische Informationen

Hinweis: Mögliche Infektionsquellen/Expositionen für die 2-10 Tage vor Erkrankungsbeginn ermitteln

Erkrankungsbeginn

-14	-13	-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	**0**	1	2	3	4
				Expositionszeitraum (2-10 Tage vor Erkrankungsbeginn)														

Expositionszeitraum: von bis (tt/mm/jjjj)

Expositionsorte: Aufenthalte (mit Übernachtung) innerhalb der letzten 10 Tage vor Erkrankungsbeginn

☐ Aufenthalt in medizinischer Einrichtung inklusive Zeitraum (von - bis)

- ☐ Krankenhaus:
- ☐ Reha/Anschlussheilbehandlung/Kurklinik:
- ☐ Andere/sonstige medizinische Einrichtung:

[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.

☐ Aufenthalt in Pflegeeinrichtung inklusive Zeitraum (von - bis)

- ☐ Seniorenheim:
- ☐ Behindertenheim:
- ☐ andere/sonstige Pflegeeinrichtung:

☐ Reiseexposition (bitte Angaben zur Reiseexposition unten ausfüllen)

- ☐ Hotel/Pension
- ☐ Kreuzfahrtschiff
- ☐ Campingplatz
- ☐ Ferienapartment
- ☐ Privatunterkunft bei Freunden/Verwandten
- ☐ andere/sonstige Reiseunterkunft

Angaben zur Reiseexposition

Erster Übernachtungsort: von bis (tt/mm/jjjj)

Land:

Art der Unterkunft (siehe oben): bitte wählen

Name der Unterkunft/Einrichtung:

Telefonnummer:

Zimmer-/Wohnungsnummer:

Besuch von Wellness, Strandduschen o. ä.:

Zweiter Übernachtungsort: von bis (tt/mm/jjjj)

Land:

Art der Unterkunft (siehe oben): bitte wählen

Name der Unterkunft/Einrichtung:

Telefonnummer:

Zimmer-/Wohnungsnummer:

Besuch von Wellness, Strandduschen o. ä.:

☐ Aufenthalt im privaten/beruflichen Umfeld

- ☐ im eigenen Haushalt
- ☐ außerhalb des eigenen Haushaltes
  - ☐ Arbeitsplatz:
  - ☐ Wellness (Sauna, Whirlpool):
  - ☐ Schwimmbad:
  - ☐ Verdunstungskühlanlage:
  - ☐ Luftwäscher:
  - ☐ Naturzugkühlturm:
  - ☐ Zahnarztpraxis:
  - ☐ Friseursalon:
  - ☐ Autowaschanlage:
  - ☐ Kläranlage:
  - ☐ Einkaufszentrum:
- ☐ andere / sonstige Exposition:
  - ☐ Luftbefeuchter
  - ☐ Zimmerbrunnen
  - ☐ öffentlicher Springbrunnen
  - ☐ Hochdruckreiniger
  - ☐ Nebelanlagen
  - ☐ Inhalationstherapie
  - ☐ CPAP-Maske bei Schlafapnoe
  - ☐ Fußpflege
  - ☐ Aufenthalt in Zweitwohnung
  - ☐ Arbeit mit Gartenerde
  - ☐ Gartendusche
  - ☐ Gartenschlauch
  - ☐ Rasensprenger
  - ☐ Treibhaus
  - ☐ Exposition zu Asphalt bearbeitenden Maschinen
  - ☐ andere:

Bei Exposition außerhalb des eigenen Landkreises:
Gesundheitsamt am Expositionsort informiert

◯ Ja

Amt/Ansprechpartner/Telefonnummer:

◯ Nein

Häusliche Wasserinstallation

Warmwasserversorgungssystem (gemäß Trinkwasserverordnung)

Untersuchungspflicht (gemäß Trinkwasserverordnung): bitte wählen

Wasserprobe im Rahmen der Routinekontrolle genommen am: (tt/mm/jjjj)

Legionellenkonzentration: (KBE/100ml)

Wasserprobe im Rahmen der Fallermittlung genommen am: (tt/mm/jjjj)

Legionellenkonzentration: (KBE/100ml)

Weitere Erkrankte (respiratorische Symptome) im Umfeld (z.B. bei Haushaltsmitgliedern, Mitreisenden)

1. Name: Geschlecht bitte wählen

Telefonnummer:

2. Name: Geschlecht bitte wählen

Telefonnummer:

Gleiches Infektionsrisiko/gleicher Expositionsort

◯ Nein ◯ Ja, welche: