MELDEBOGEN für Hämolytisch Urämisches Syndrom (HUS)

Krankheitsverdacht, Erkrankung, Todesfall

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG).
Dieser Bogen wird in der Regel durch Ärzte bzw. Ärztinnen ausgefüllt und an das zuständige Gesundheitsamt (GA) gesendet.

○ **HUS-Verdacht** ○ **HUS-Erkrankung** ○ **HUS-Todesfall** → **Todesdatum**...../...../.....
Tag Monat Jahr

► Unverzüglich melden an:

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

....
PLZ Ort

....
Tel. Fax

Aktenzeichen (vom GA auszufüllen).....

Meldende Person

.....
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus)

.....
Straße und Hausnummer

....
PLZ Ort

....
Name des Meldenden Tel.

E-Mail..... Datum: ...../...../.....
Tag Monat Jahr

Information zum/r Patienten/in

Name, Vorname:..... Geschlecht: ○ Weiblich ○ Männlich Geburtsdatum:...../...../.....
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz:..... PLZ:..... Ort:.....
(falls abweichend bitte Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes) Straße und Hausnummer

Informationen zum klinischen Bild

Erkrankungsbeginn (Durchfallbeginn, falls vorhanden): ...../...../.....
Tag Monat Jahr

- ○ Durchfall, blutig
- ○ Durchfall, nicht blutig
- ○ Durchfall, nicht näher bezeichnet
- ○ Erbrechen
- ○ Fieber
- ○ Symptome, zerebrale
- ○ andere Symptome: .....
  .....
  .....

HUS-Erkrankungsbeginn: ...../...../.....
Tag Monat Jahr

- ○ Hämolytische Anämie
- ○ Thrombozytopenie ≤ 150.000 Zellen/mm³
- ○ Nierenfunktionsstörung
  - ○ Einschränkung der Nierenfunktion (z.B. Serumkreatininerhöhung, Oligurie (verminderte Harnausscheidung, unter 500 ml / 24h))
  - ○ Nierenversagen (z.B. Anurie (Harnausscheidung unter 100 ml / 24 h)
  - ○ Proteinurie (Eiweißausscheidung im Urin)
  - ○ Hämaturie (blutiger Urin)

Informationen zur Diagnostik bzw. Diagnostikeinrichtung

.....
Falls bekannt:: Ergebnis (Erreger, Serogruppe)

.....
Name Telefonnummer

.....
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Informationen zur epidemiologischen Situation

○ Teil einer Erkrankungshäufung (epidemiologischer Zusammenhang mit anderem HUS-Fall bzw. laborbestätigtem EHEC-Fall vermutet): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc:
.....

○ Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
○ Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (§ 42 Abs. 1 IfSG)
○ Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung tätig z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
○ Patient/in wird betreut in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
○ Patient/in ist in Krankenhaus /stationärer Pflegeeinrichtung seit: ...../...../.....
Tag Monat Jahr
Name/Ort der Einrichtung: .....
○ Patient/in war in der Woche vor Erkrankungsbeginn (Reiseanamnese): von: ...../...../..... bis: ...../...../.....
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
in (Ort/e bzw. Land/Länder): .....