

ARZTMELDEBOGEN INFLUENZA



Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon:

Geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Influenza A

Influenza B

Labormethode:

Antigennachweis-Schnelltest pos. oder Labornachweis (z.B. PCR)

Material:

Rachenabstrich Nasenabstrich:

Symptome:

- plötzlicher Krankheitsbeginn
- Husten
- Fieber
- Muskel-, Gliederschmerzen
- Kopfschmerzen

Gegen Influenza geimpft:

ja (Impfstoff: _____) nein

Krankenhausaufenthalt erforderlich ja: von/bis/Ort: _____ nein

Patient wird betreut in folgender Gemeinschaftseinrichtung nach § 34 IfSG:

ja _____

nein

Unverzüglich melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes

Landratsamt Ebersberg
- Gesundheitsamt –
Eichthalstraße 5
85560 Ebersberg

Fax-Nr.: 08092/823-390

Erkrankungsdatum:

Diagnosedatum:

Datum der Meldung:

Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis,
Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)