

Fragebogen zur Erfassung von Masernerkrankungen

Fax-Nr. : 06421 / 293-726

Falldefinition für Masern:

Nach fieberhaftem Prodromalstadium mit Husten/-Schnupfen/-Konjunktivitis generalisiertes makulopapulöses Exanthem für mindestens 3 Tage und Fieber ($\geq 38,5^\circ$).

1. Meldender Arzt (AGM-Nr., Name):

2. **Art der Meldung:**
- Erstmeldung 1
 - Ergänzungsmeldung 2

3. Identifikationsnummer: (Ihr Patientenschlüssel)

4. **Geburtsdatum:**
(Monat/Jahr)
- | | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

5. **Geschlecht:**
- männlich 1
 - weiblich 2

6. Diagnostische Sicherheit

- klin. Diagnose: 1
- klinisch/epidemiologisch: 2
- Laborbestätigung veranlasst: 3
- Tag der Erstkonsultation:
(Tag/Monat/Jahr)

--	--	--	--	--	--

- Erkrankungsbeginn:

--	--	--	--	--	--

- Exanthembeginn:

--	--	--	--	--	--

- Probeentnahme:

--	--	--	--	--	--

Ergebnis der Laboruntersuchung, wenn keine
Einsendung an NRZ
(bitte als Ergänzungsmeldung):

- Masern bestätigt 1
- Keine Masern 2
- Befund unklar 3

7. **Meldekategorie:**
- Erkrankung 1
 - Hospitalisierung 2
 - Sterbefall 3

8. Krankheitsverlauf:

Unkompliziert Ja Nein

Wenn nein

- Otitis media 1
- Pneumonie 2
- ZNS-Beteil. 3
- And. Kompl. 4

9. Impfanamnese:

Geimpft

Letzte Impfung:
(Tag/Monat/Jahr)

--	--	--	--	--	--

erste Dosis: zweite Dosis:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • MMR <input type="radio"/> 1 • MM <input type="radio"/> 2 • Masern mono <input type="radio"/> 3 • MMRV <input type="radio"/> 4 | <ul style="list-style-type: none"> • MMR <input type="radio"/> 1 • MM <input type="radio"/> 2 • Masern mono <input type="radio"/> 3 • MMRV <input type="radio"/> 4 |
|--|--|

Impfstoffname

Impfstoffname

Chargen-Nr.:

Chargen-Nr.:

Nicht geimpft

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • med. Kontraindikation <input type="radio"/> 1 • Impfung nicht gewünscht <input type="radio"/> 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Impfung vergessen <input type="radio"/> 3 • Ohne näh. Angaben <input type="radio"/> 4 |
|--|--|

Impfanamnese unklar 6

10. Infektionsgebiet

- Deutschland 1
- Ausland 2
- Land? _____

11. Ist die Infektionsquelle geklärt?

- eindeutig geklärt 1
- wahrscheinlich geklärt 2
- nicht geklärt 3
- keine Angaben möglich 9

12. nachgewiesene oder wahrscheinliche Infektionsquelle

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Familie <input type="radio"/> 1 • Kinder-einrichtung <input type="radio"/> 2 • Schule <input type="radio"/> 3 • Freundes-/Verwandtenkreis <input type="radio"/> 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Freizeitakt. <input type="radio"/> 5 • Berufl. Exposition <input type="radio"/> 6 • Sonstiges <input type="radio"/> 7 |
|--|---|

13. Zugehörigkeit zu einer Häufung:

- Ja 1
- Nein 2