

Meldender Arzt (Name): \_\_\_\_\_

AGV-Nr.: 

--	--	--	--

**Einzelerfassungsbogen** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)***Meldegrund:**  **Varizellen nach Impfung**  
 **Herpes zoster**1. **Art der Meldung:**  ① Erstmeldung  ② Ergänzungsmeldung  
*(insbes. bei schweren Verläufen – s. 10 und 11)*2. **Identifikationsnummer:**

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

  
*(Patientennummer)*3. **Geburtsdatum** (Monat/Jahr): 

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

4. **Geschlecht:**  ① Männlich  ② Weiblich  ③ unbekannt5. **Tag der Erstkonsultation laut Meldegrund** (Tag/Monat/Jahr): 

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

6. **Symptombeginn laut Meldegrund** (Tag/Monat/Jahr): 

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

7. **Impfanamnese:**  
Gegen Varizellen oder Herpes zoster geimpft?  ① Ja  ② Nein *(bitte weiter mit 9.)*

	Impfstoffname	Chargennummer						
1. Impfung	_____	_____	Datum:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
2. Impfung	_____	_____	Datum:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

8. **Laborbestätigung veranlasst:**  ① Ja  ② Nein **Entnahmedatum:**

--	--	--	--

9. **Liegt eine Immunschwäche oder eine der folgenden Grundkrankheiten vor?**  
a) Neurodermitis  ① Ja  ② Nein  
b) Angeborener oder erworbener Immundefekt *(inkl. HIV)*  ① Ja  ② Nein  
c) Immunsuppressive Therapie  ① Ja  ② Nein  
**Falls ja, warum?** \_\_\_\_\_ **Therapeutikum:** \_\_\_\_\_  
d) Hämatologisch-onkologische Erkrankung *(nur akute Erkrankungen!)*  ① Ja  ② Nein  
**Falls ja, welche?** \_\_\_\_\_10. **Verlauf der Varizellen-/ Herpes zoster-Erkrankung**  
a) **Hospitalisierung**  ① Ja  ② Nein  ③ weiß nicht  
b) **Weiterer Verlauf**  ① Restitutio ad integrum  ② Anhaltende Symptomatik  ③ Todesfall  
**Falls ja, welche?** \_\_\_\_\_11. **Kriterien für schwere Verläufe**11.1. **bei Varizellen nach Impfung:**  
**Zahl der Effloreszenzen:**  ① weniger als 50  ② mehr als 5011.2. **bei Herpes zoster**  
a) **PHN\***  ① Ja  ② Nein **Datum der PHN-Erstkonsultation:**

--	--	--	--

  
b) Systemische virostatische Therapie begonnen  ① Ja  ② Nein  
c) Beteiligung multipler Dermatome  ① Ja  ② Nein  
d) Zoster Ophthalmicus  ① Ja  ② Nein  
e) Beteiligung weiterer Organe *(z. B. Meningitis/Enzephalitis, Pneumonie)*  ① Ja  ② Nein

\* laut PHN-Definition: Datum der Diagnose mindestens 3 Monate nach Herpes zoster Diagnose (s. 5)

## Falldefinitionen

### Varizellen

Klinisches Bild vereinbar mit Windpocken mit Exanthem an Haut oder Schleimhaut bei gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf.

### Varizellen nach Varizellen-Impfung

Auftreten eines klinischen Bildes vereinbar mit Varizellen, wie oben beschrieben, bei Patienten die bereits mindestens 1x eine Varizellen-Impfung erhalten haben, unabhängig vom Zeitintervall zwischen Impfung und Erkrankung.

### Herpes zoster

Auftreten eines auf das Versorgungsgebiet eines Spinalnervs oder Hirnnervs beschränkten bläschenförmigen Exanthems, begleitet von mindestens einem weiteren der folgenden Symptome: schmerzhafte Neuralgie des betroffenen Bereichs, Fieber, Appetitlosigkeit, Gliederschmerzen, Brennen oder Juckreiz am Ort des Auftretens.

### Postherpetische Neuralgie (PHN)

Persistierende oder nach schmerzfreiem Intervall wieder aufgetretene Schmerzen an den vom Herpes zoster betroffenen Arealen zum Zeitpunkt von mindestens 3 Monaten nach Diagnose des Herpes zoster.

*Bitte nutzen Sie die Möglichkeit der Ergänzungsmeldung für Patienten mit PHN, insbes. wenn Sie bereits einen Fragebogen zur Herpes zoster Erkrankung ausgefüllt und abgeschickt haben.*

**Hinweis:** Die Meldung an die AGV ersetzt *nicht* die Meldung einer Impfnebenwirkung gemäß IfSG § 6 Abs. 3 an das zuständige Gesundheitsamt.

An die AGV gemeldete Fälle von Durchbruchserkrankungen ( $\geq 42$  Tage nach Impfung) bei gegen Varizellen oder gegen Herpes zoster Geimpften werden ohne Angabe des meldenden Arztes an den Hersteller weitergeleitet.