

# Verdacht auf invasive Meningokokken-Erkrankung

Gesundheitsamt: \_\_\_\_\_

Meldeeingang im GA: Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_  
Tag/Monat/Jahr Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_  
Monat/Jahr

Geschlecht:  männlich  weiblich

## Klinische Angaben:

Meningitis  Sepsis  Waterhouse Friderichsen-Syndrom

Weitere Symptomatik: \_\_\_\_\_

Beginn der Symptomatik (Datum, Uhrzeit): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_  
Tag/Monat/Jahr

Datum der Krankenhausaufnahme \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_  
Tag/Monat/Jahr

Verstorben:  ja  nein

Erregerdiagnostik eingeleitet:  ja  nein

Material:  Blut  
 Liquor  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mikroskopischer Befund liegt vor:  ja \_\_\_\_\_  nein

Material wird ans Nationale Referenzzentrum für Meningokokken geschickt:

ja  nein  wurde vom GA angeregt

Impfung:  ja Impfstoff: \_\_\_\_\_ Impfdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_  
Tag/Monat/Jahr

nein

unbekannt

Prophylaxe eingeleitet:  ja  nein, nicht erforderlich  
 Familie  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Gemeinschaftseinrichtung betroffen:  ja  nein

Schule  
 Kindergarten  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Hinweis auf Auslandsaufenthalt:  ja Land: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_ bis \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_-\_\_-\_\_  
 nein Tag/Monat/Jahr Tag/Monat/Jahr

Name des Bearbeiters (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_