

Patientenfragebogen bei Verdacht auf Ebola oder andere virusbedingte hämorrhagische Fieber (VHF)

14.08.2014

Name:	Vornamen:	Geschlecht:
Geburtsdatum:	Nationalität:	Reisepass-Nr.:
Krankenhausaufnahme: Datum: ___ / ___ / _____ Uhrzeit: _____ Station: _____ Name des Krankenhauses:		
Adresse in Deutschland:		Tel.: _____
Art der Unterbringung: <input type="radio"/> Gemeinschaftsunterkunft <input type="radio"/> Hotel <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> andere Falls andere: Welche?		
Heimatanschrift:		Diplomatische Vertretung:
Benachrichtigen:		Tel.:
Vorbehandelnder Arzt:		Tel.:
Zuständiges Gesundheitsamt:		Tel.:
Nächstgelegene Klinik/Abteilung für Infektionskrankheiten:		Tel.:

1. Hatte der Patient Kontakt mit einem bestätigten Fall oder einem Verdachtsfall von VHF oder mit Körperflüssigkeiten/ -gewebe/ Untersuchungsmaterial derartiger Fälle innerhalb von 3 Wochen vor Einsetzen der Symptomatik?

<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> ja, mit Verdachtsfall	<input type="radio"/> ja, mit bestätigtem Fall
mit:	<input type="radio"/> lebendem Patienten	<input type="radio"/> verstorbenem Patienten	<input type="radio"/> Körperflüssigkeiten/-gewebe Untersuchungsmaterial

2. War der Patient 3 Wochen vor Einsetzen der Symptomatik in einem Endemiegebiet*?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt
Falls ja	Aufenthaltsland:	von: : ___ / ___ / _____ bis: : ___ / ___ / _____
	Aufenthaltsorte:	von: : ___ / ___ / _____ bis: : ___ / ___ / _____
	Art der Unterbringung: <input type="radio"/> Hotel <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> andere:	
Tätigkeit vor Ort: <input type="radio"/> Urlaub <input type="radio"/> Geschäftsreise <input type="radio"/> andere Tätigkeit: Falls ja: Welche Art Tätigkeit?		
Kontakt mit (Wild-)Tieren? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Falls ja: Welches Tier? Wann? nähere Umstände des Kontaktes:		
Aufenthalt in Höhlen/ Minen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Falls ja: Wann? Wo? welche Art?		
i.v. Drogengebrauch? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt		
Medizinische Behandlung im Endemiegebiet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Falls ja: Wo? Wann? Art der Behandlung?		
andere mögliche Risikofaktoren/ Expositionen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt Falls ja: wann? welcher Art?		

(* zur aktuellen Situation siehe www.rki.de/ebola)

3. Datum der Abreise aus dem Endemiegebiet: : ___ / ___ / _____	
Flug-Nr.:	Fluggesellschaft:
Schiff	Name, Eigner:
Sonstige Transportmittel	Welche?
Hatte der Patient Symptome/war der Patient krank - während der Reise? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt - während eines Zwischenstopps? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	

4. Prophylaktische Maßnahmen vor bzw. während der Reise:				
Schutzimpfungen gegen	<input type="radio"/> Gelbfieber	<input type="radio"/> FSME	<input type="radio"/> Tollwut	<input type="radio"/> Jap. Enzephalitis
	<input type="radio"/> HAV	<input type="radio"/> HBV	<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> andere
Prophylaxe gegen Malaria:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> unbekannt	
Falls ja: Welche?				

5. Krankheitszeichen/Befunde:	Erkrankungsbeginn: ___ / ___ / _____
<input type="radio"/> Fieber°C seit:	<input type="radio"/> Myalgie
<input type="radio"/> Kopfschmerz	<input type="radio"/> Pharyngitis
<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Blutungen
<input type="radio"/> blutiger Durchfall	<input type="radio"/> Schock
<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Ödeme
<input type="radio"/> Exanthem	<input type="radio"/> retrosternale/abdominelle Schmerzen
<input type="radio"/> Proteinurie	<input type="radio"/> Thrombozytopenie
<input type="radio"/> Lymphopenie	<input type="radio"/> erhöhte SGOT
Weitere klinische Informationen:	

6. Kontaktpersonen:
Wer war bisher bei der Betreuung/Pflege/Behandlung/Diagnostik/bei dem Transport exponiert bzw. ist mit Körperflüssigkeiten/Untersuchungsmaterialien des Patienten in Berührung gekommen?
<input type="radio"/> aktuell behandelnde Ärzte/Pflegepersonal <input type="radio"/> Verwaltung/Anmeldung <input type="radio"/> Mitpatienten <input type="radio"/> vorbehandelnder Arzt, Arzthelferin <input type="radio"/> Krankentransportpersonal <input type="radio"/> Laborpersonal <input type="radio"/> Verwandte, Freunde <input type="radio"/> andere: _____
Bitte Namen und Anschriften der Kontaktpersonen sowie die jeweilige Art des Kontaktes auf separatem Blatt (Liste) erfassen!

7. Verlegungen des Patienten:
Wurde der Patient verlegt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Falls ja: <input type="radio"/> innerhalb der jetzigen Klinik, welche Stationen? _____
<input type="radio"/> in andere Klinik, welche? _____
Bitte für jede Verlegung Station, Zimmer-Nummer und Bett-Stellplatz dokumentieren (separates Blatt nutzen!)

8. Meldung an das zuständige Gesundheitsamt:		
Gesprächspartner:	Datum:	Uhrzeit:
Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen:		

9. Weitere Informationen:
