

Verdacht auf invasive Meningokokken-Erkrankung

Gesundheitsamt: _____

Meldeeingang im GA: Datum: ____ / ____ Uhrzeit: _____

Geburtsdatum (Monat/Jahr): __ / ____

Geschlecht: männlich weiblich**Klinische Angaben:** Meningitis Sepsis Waterhouse Friederichsen-Syndrom

Weitere Symptomatik: _____

Beginn der Symptomatik (Datum, Uhrzeit): ____ / ____

Datum der Krankenhausaufnahme ____ / ____

Verstorben: ja nein**Erregerdiagnostik eingeleitet:** ja nein**Material:** Blut
 Liquor
 Sonstiges: _____Befund liegt vor: ja _____ nein

Material wird ans Nationale Referenzzentrum für Meningokokken geschickt:

 ja nein wurde vom GA angeregt**Impfung:** ja Impfstoff: _____ nein**Prophylaxe eingeleitet:** ja nein, nicht erforderlich
 Familie
 Sonstige: _____Gemeinschaftseinrichtung betroffen: ja, nein Schule
 Kindergarten
 Sonstige: _____**Hinweis auf Auslandsaufenthalt:** ja; Land: _____ von: ____ / ____ bis ____ / ____
 nein

Sonstige Informationen: _____

Name des Bearbeiters (in Druckbuchstaben): _____**Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen:** _____