

Fragebogen RSV

Persönliche Angaben zum/zur Erkrankten

Name:

Vorname:

Geschlecht: m / w

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Hausarzt (wenn bekannt):

Nachweis: PCR Schnelltest andere

Beginn der Erkrankung? (Datum)

Stationär im Krankenhaus? ja, von bis nein

Teil einer Häufung? ja nein

Welche Beschwerden bestehen?

- Husten/Schnupfen Entzündung der kleinen Atemwege Lungenentzündung
 beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

Impfung ja nein unbekannt

wie oft:

Datum letzte Impfung:

Bei Säuglingen/Neugeborenen: Impfung der Mutter in der Schwangerschaft?

ja

nein

wie oft:

Datum letzte Impfung:

welcher Impfstoff:

Besucht das Kind einen Kindergarten, eine Schule, einen Hort / ist der/die Erkrankte in einer solchen Einrichtung tätig?

wenn ja, wo

nein

Arbeitet die Person in einer medizinischen Einrichtung?

wenn ja, wo

nein

Hatte die/der Erkrankte Kontakt mit einer infizierten Person?

wenn ja, wer

nein

Kontakt am

wo?