

Fragebogen Diphtherie

EMS ID:

Wohin ist der Fragebogen zu senden?

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in pseudonymisierter Form (ab Seite 2) unter Angabe der EMS-ID (bitte auf jeder Seite anführen) per E-Mail an die AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH):

Nationale Referenzzentrale für Diphtherie – Labor
referenzzentralen.wien@ages.at (Übermittlung via verschlüsseltem E-Mail-Verkehr)

Kontakt für Rückfragen:

+43 (0) 505 55 – 37111
referenzzentralen.wien@ages.at

Bitte beachten Sie, dass das Ausfüllen und Versenden des Fragebogens nicht die Eingabe relevanter Informationen ins EMS durch die zuständige BVB ersetzt.

Personenbezogene Daten

Vorname:	Nachname:		
Geburts- datum:	Nationalität:	Geschlecht:	Männlich Weiblich Divers
Adresse:			
	EMS ID:		
E-Mail:	Telefon:		

Daten der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes

Vorname:	Nachname:
Krankenhaus/ Ordnation:	Station/ Ambulanz:
E-Mail:	Telefon:

1. Wann war der Erkrankungsbeginn (Datum)?

2.	Erfolgte eine Hospitalisierung?	Ja	von (Datum):		Intensivmedizinischer Aufenthalt?	
			bis (Datum):		Ja	Nein
		Nein				

3. Wo manifestierte sich die Diphtherie-Erkrankung? (Mehrfachantworten möglich)

Nase

Larynx (Kehlkopf)

Tonsillen/Pharynx (Rachen)

Zustand nach Insektenstich/Trauma – bitte Lokalisation angeben:

Haut/Wunde – bitte spezifizieren:

Zugrundeliegende (Haut-)Erkrankung mit Hautläsion – bitte spezifizieren/Lokalisation angeben:

Andere Lokalisation – bitte spezifizieren (z.B. vaginale Schleimhäute, Schleimhäute der Ohren, Konjunktiven):

Sonstiges:

4. Liegen/Lagen Pseudomembranen (grau/weiß/bräunlich) vor?

Ja Lokalisation:

Nein

5. Welche Symptome/Komplikationen bestehen/bestanden im Rahmen der Diphtherie-Erkrankung?
(Mehrfachantworten möglich)

Halsschmerzen/Schluckbeschwerden

Herzinsuffizienz

Husten

Heiserkeit

Nasenausfluss (serös/blutig)

Stridor, Atemwegsobstruktion

Fieber

Ödematöse Schwellung Hals/submandibulär

Kardiale Arrhythmie (Herzrhythmusstörung)

Gaumensegellähmung

Neuritis (andere als Gaumensegellähmung)

– bitte Lokalisation angeben:

Anderes Symptom/Komplikation – bitte spezifizieren:

6. Fand eine Behandlung mit Antitoxin statt?

Ja Wie viele Tage nach Symptombeginn?

Beginn Antitoxingabe:
(Datum)

Mit welcher Dosierung?

IF

Wie häufig erfolgte die Antitoxin-Gabe?

Mal

Gesamtmenge, die verabreicht wurde:

IF

Nein



7. Wird/Wurde mit einem Antibiotikum behandelt?

Ja

Handelsname

Antibiotikum:

Handelsname

Antibiotikum:

Handelsname

Antibiotikum:

Nein

von

(Datum):

von

(Datum):

von

(Datum):

bis

(Datum):

bis

(Datum):

bis

(Datum):

8. Besteht/bestehen bei der an Diphtherie erkrankten Person (eine) Begleiterkrankung(en)?

Ja:

Nein

Teil 2 – Fragen an die an Diphtherie erkrankte Person

Fragen 9-11 sind nur bei Nachweis von Toxingen-tragendem *C. ulcerans* oder *C. pseudotuberculosis* auszufüllen. Falls bei der Person eine Infektion mit Toxingen-tragendem *C. diphtheriae* vorlag, weiter mit Frage 12.

9. Leben Tiere im Haushalt der an Diphtherie erkrankten Person?

Ja: Welche? (bitte Art(en) und Anzahl aufzählen, z.B. 1 Hund, 2 Katzen)

Nein

10. Arbeitet die an Diphtherie erkrankte Person mit Nutztieren?

Ja: Mit welchen? (bitte Art(en) aufzählen, z.B. Kühe, Schweine)

Nein

11. Konsumierte die an Diphtherie erkrankte Person vor Erkrankungsbeginn Rohmilch/-produkte?

Ja: Welches Produkt / welche Produkte?
Woher wurde das Produkt / die Produkte bezogen?

Nein

Nicht zu erheben

12. Ist die an Diphtherie erkrankte Person innerhalb des letzten Jahres nach Österreich zugezogen?

Ja: Seit wann ist die an Diphtherie erkrankte Person in Österreich?

Nein

13. Lebt die an Diphtherie erkrankte Person in einer Gemeinschaftseinrichtung (Internat, Erstaufnahmezentrum, Flüchtlingsunterkunft, etc.)?

Ja: In welcher?

Nein

14. Befand sich die an Diphtherie erkrankte Person innerhalb der letzten 14 Tage vor Erkrankungsbeginn im Ausland?

Ja: In welchem Land / welchen Ländern?

Land:

Land:

Land:

Nein

von

(Datum):

von

(Datum):

von

(Datum):

bis

(Datum):

bis

(Datum):

bis

(Datum):



15. Wurde die an Diphtherie erkrankte Person jemals gegen Diphtherie geimpft?

Ja: wie häufig wurde die Person gegen Diphtherie geimpft? Mal

Bitte alle Diphtherie-Impfungen einzeln aufführen (Erhalt sowohl vor als auch nach Erkrankung):

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Datum: Handelsname/Impfstoff:

Die Impfangaben wurden entnommen aus: Impfpass Krankenakte Erinnerung Patient:in, da
Impfpass nicht vorhanden

Nein Nicht zu erheben

Teil 3 – Informationen durch die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde

16. Wurden enge Kontaktpersonen identifiziert?

Ja: Wie viele enge Kontaktpersonen wurden ermittelt und nachverfolgt?

Nein

Keine Ermittlung erfolgt/möglich

Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde:

Ansprechperson:

Telefonnummer: