

Anlage I

ANZEIGE gemäß § 2 Abs. 1 des EPIDEMIEGESETZES 1950

INNERHALB VON 24 STUNDEN

DER ZUSTÄNDIGEN BEZIRKSVERWALTUNGSBEHÖRDE ANZUZEIGEN

Absender/in:

.....

An die/den

Bezirkshauptmannschaft/Magistrat – Gesundheitsamt

.....

Porto zahlt Empfänger!

ANZEIGE¹

| | |
|---|--|
| Verdacht auf | ..... |
| Erkrankungsdatum | ..... |
| Diagnosedatum | ..... |
| Erkrankung an | ..... |
| Gibt es einen Verdacht auf weitere Erkrankte/Infizierte in Zusammenhang mit dem Erkrankten? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Todesfall an | ..... |
| Todesdatum | ..... |
| Verdacht betr. eines/r gesunden Ausscheiders/in von | ..... |
| aktuelles Diagnosedatum | ..... |

¹ Erkrankung und Todesfall sind gesondert anzuführen

| | |
|--|---|
| Familienname/Nachname Vorname Geburtsdatum Geschlecht Nationalität Telefonnummer SVNR SV-Träger | Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> |
| Wohnadresse | Straße: Nummer: PLZ: Ort: |
| Aufenthaltsadresse (falls diese nicht mit der Wohnadresse übereinstimmt) | Straße: Nummer: PLZ: Ort: |
| Impfstatus im Zusammenhang mit der gemeldeten Erkrankung Datum der letzten Impfung | 1 Impfung <input type="checkbox"/> 2 Impfungen <input type="checkbox"/> 3 Impfungen <input type="checkbox"/> >3 Impfungen <input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt <input type="checkbox"/> |
| vermutete Infektionsquelle oder Infektionsvehikel inkl. deren Ortsangabe | ..... ..... ..... ..... |
| Wurde die Krankheit importiert? wenn ja, aus welchem Land? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Welche Symptome sind aufgetreten? | ..... ..... ..... ..... |
| Beruf ² beschäftigt bei in lebensmittelverarbeitendem Betrieb oder Gastgewerbe tätig? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, Adresse | Straße: Nummer: PLZ: Ort: |
| Welche/r Schule (Klasse), Kindergarten, Gemeinschaftseinrichtung und dgl. wird von der/dem Erkrankten besucht? | ..... ..... ..... |
| Welche Schulen oder Kindergärten werden von den Kindern aus dem Haushalt der erkrankten Kontaktperson besucht? | ..... ..... ..... |
| Krankenhausaufnahme | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Datum der Krankenhausaufnahme | ..... |
| Wurde die/der Kranke abgesondert? | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wo? | ..... |
| Datum der Absonderung | ..... |
| Wenn nein, warum nicht? | ..... |

² Bei Kindern beziehen sich die Angaben auf die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten

| | |
|---|----------------------------------|
| Name, Adresse und Telefonnummer der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes oder der meldenden Stelle | ..... ..... ..... ..... |
| Weitere Anmerkungen | ..... ..... ..... ..... |

....., den
Ort und Datum

.....
Unterschrift und Adresse der/des Anzeigenden

Hinweise für die/den Anzeigende/n:

1. Anzeigepflichtig sind

A) **Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle** in Folge von Bissverletzungen durch wutranke oder -verdächtige Tiere, Cholera, Fuchsbandwurm (*Echinococcus multilocularis*), Gelbfieber, Hepatitis infektiös (Hepatitis A, B, C, D, E, G), Hundebandwurm (*Echinococcus granulosus*), Infektion mit dem Influenzavirus A/H5N1 oder einem anderen Vogelgrippevirus, Kinderlähmung, Lebensmittelvergiftungen bakteriell und viral, Lepra, Leptospirose, Masern, Milzbrand, Paratyphus, Pest, Pocken, Psittakose, Puerperalfieber, Rickettsiose durch *R. prowazekii*, Rotz, Ruhr übertragbar (Amöbenruhr), SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom), transmissiblen spongiformen Encephalopathien, Tularämie, Typhus (Abdominaltyphus), virusbedingtem hämorrhagischem Fieber, Wutkrankheit (Lyssa),

B) **Erkrankungs- und Todesfälle** an Bang'scher Krankheit, *Clostridium difficile* (Erkrankungsfälle an einer schwer verlaufenden *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankung und Todesfälle an einer *Clostridium difficile* assoziierten Erkrankung), Diphtherie, Infektionen mit dem Influenzavirus A/H1N1 (Erkrankungen, sofern die Erkrankung eine stationäre Behandlung erfordert und der Infektionsnachweis durch eine Laborbestätigung erbracht ist; Todesfälle, wenn diese nachweislich im Zusammenhang mit einer laborbestätigten Influenza A (H1N1) Infektion stehen), invasiven bakteriellen Erkrankungen (Meningitiden und Sepsis), Keuchhusten, Legionärskrankheit, Malaria, Meningoencephalitiden virusbedingt, Röteln, Rückfallfieber, Scharlach, Trachom, Trichinose und Tuberkulose, hervorgerufen durch *Mycobacterium bovis*.

2. Die Unterlassung der Anzeige steht gem. § 39 ff. des Epidemiegesetzes 1950 unter Verwaltungsstrafdrohung.

3. Bis zur Entscheidung des Amtsarztes/der Amtsärztin hat der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin dem/der Erkrankten bzw. der Pflegeperson Verhaltensvorschriften zu erteilen.

4. Auskünfte und in dringenden Fällen Voranzeige sind bei der Bezirkshauptmannschaft/dem Magistrat (Gesundheitsamt) einzuholen bzw. zu erstatten.

5. Formblätter sind bei der Bezirkshauptmannschaft/dem Magistrat (Gesundheitsamt) erhältlich und stehen auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bmg.gv.at) zur Verfügung.

ANMERKUNG:

AIDS: Einzelfallmeldung an das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium mit Angabe von Geburtsdatum und Initialen des/r Patienten/in auf gesondertem Meldeformular.

Tuberkulose: Einzelfallmeldung an Bezirksverwaltungsbehörde auf gesondertem Meldeformular.