

Informationsblatt für Personen, die an einer übertragbaren Infektionserkrankung erkrankt sind oder ansteckungsverdächtig sind und Deutschland verlassen wollen

Technische Details zum Ausfüllen des Formulars

Wofür ist das Formular gedacht?

Es handelt sich um ein Formular in englisch und deutsch für Personen, die an einer übertragbaren Infektionserkrankung erkrankt sind oder für eine solche ansteckungsverdächtig sind und Deutschland verlassen wollen. Würde durch die Ausreise eine infektionsepidemiologisch relevante Bedrohung im Ziel -oder Transitland bzw. ein unmittelbarer Handlungsbedarf für die örtlichen Institutionen des Öffentlichen Gesundheitswesens entstehen, ist es anzuwenden. Beispielsweise ist dies der Fall bei der Ausreise einer Person, die an Masern erkrankt ist oder bei der der Verdacht auf eine Masernerkrankung besteht, in ein amerikanisches Land, weil der amerikanische Kontinent als weitgehend masernfrei gilt. Ein anderes Beispiel ist eine Person, die eine Exposition zu einem laborbestätigten Erkrankungsfall mit hämorrhagischem Fieber hatte und während der Inkubationszeit ausreisen will. Natürlich ersetzt das Ausreiseformular zukünftig nicht die Meldung gemäß der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) der WHO, vielmehr stellt es ein ergänzendes **Angebot** an die Gesundheitsämter dar.

Was ist in dem Merkblatt enthalten?

Es enthält im Wesentlichen labordiagnostische und epidemiologische Informationen zur aktuellen Erkrankung/Erkrankungsverdacht/Ansteckungsverdacht und ist für die örtlichen Gesundheitsbehörden zur Information und ggf. Einleitung von Gegenmaßnahmen gedacht.

Wer füllt das Merkblatt aus?

Das Merkblatt wird vom örtlichen Gesundheitsamt in englischer Sprache ausgefüllt. Zur Unterstützung beim Ausfüllen des Formulars ist unter jeder englischsprachigen Zeile eine deutschsprachige Übersetzung enthalten.

Die Teile A, B und C werden vom Gesundheitsamt in Deutschland ausgefüllt, die Teile D und E vom Patienten/der ansteckungsverdächtigen Person. Dies wird im ersten Teil des Formulars erläutert.

At least 4-digit Ref.no to be assigned by German Local Health Dept.

(Mindestens vierstellige Ref.Nr. vom deutschen Gesundheitsamt zu vergeben, diese sollte Geschlecht, Geburtsmonat und Geburtsjahr enthalten, Bsp: M105/2000; M=male/männlich /F=female/weiblich)

sex/month of birth MM/year of birth YYYY
Geschlecht/Geburtsmonat MM/Geburtsjahr JJJJ

NOTICE OF COMMUNICABLE DISEASE IN PERSON TRAVELLING FROM GERMANY

To the appropriate local/regional/national Public Health Authorities of destination/stopover country

Your doctor has reported to the German Public Health Authorities that you have, or are suspected of having, a notifiable infectious disease, or have been a contact of such a case.

Angaben für Personen mit einer ansteckenden Infektionskrankheit vor der Ausreise aus Deutschland

Für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Zielland/Transitland

Ihr Arzt hat den deutschen Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemeldet, dass Sie an einer meldepflichtigen Infektionskrankheit leiden oder ansteckungsverdächtig für eine solche Erkrankung sind, entweder als Patient oder als Kontaktperson einer erkrankten Person.

⇒ Part A, B and C (first page) to be filled in by German Local Health Department (in English)

Teile A, B und C (Seite 1) sind vom Gesundheitsamt in Englisch auszufüllen

Die vom Gesundheitsamt in englischer Sprache auszufüllenden Teile A, B und C sind mit einem Pfeil mit weißer Füllung (⇒) gekennzeichnet, die von der ausreisenden Person auszufüllenden Abschnitte D und E mit einem schwarzen Pfeil (➔) Das Formular sollte von der ausreisewilligen Person unterschrieben werden.

Im Kopfteil des ersten und zweiten Blattes ist ein Feld für eine **Registriernummer** vorgesehen. Hierbei sollten sowohl das Geschlecht (M = male/männlich / F = female/weiblich) wie auch Geburtsmonat und -Jahr der ausreisenden Person enthalten sein, Beispiel: M/05/2000.

At least 4-digit Ref.no to be assigned by German Local Health Dept.
 (Mindestens vierstellige Reg.Nr. vom deutschen Gesundheitsamt zu vergeben, diese sollte Geschlecht, Geburtsmonat und Geburtsjahr enthalten, Bsp: M/05/2000; M=male/männlich / F=female/weiblich)

sex/month of birth MM/year of birth YYYY Geschlecht/Geburtsmonat MM/Geburtsjahr JJJJ

Teil A: Meldung einer Infektionskrankheit:

Hier sollten vom örtlichen Gesundheitsamt die Kreisbezeichnung des Gesundheitsamtes

⇒ **PART A: NOTICE OF INFECTION**

Teil A: Meldung einer Infektionskrankheit

The Local Health Department of _____ has received a notification
 Dem Gesundheitsamt in _____ wurde gemeldet,

that you have a confirmed / suspected infection with _____
 which is a notifiable disease/pathogen in Germany.
 dass bei Ihnen eine bestätigte Infektion/der Verdacht auf eine Infektion mit (bitte obiges Feld ausfüllen) vorliegt, einer/einem in Deutschland meldepflichtigen Erkrankung/Erreger.

sowie die Bezeichnung des Erregers/der Erkrankung angegeben werden, unter der die ausreisende Person leidet bzw. dessen/derer sie ansteckungsverdächtig ist.

Teil B: Weitere diagnostische Informationen:

Hier sollte vom Gesundheitsamt angegeben werden, worauf sich der Erkrankung/Ansteckungsverdacht begründet; dies kann zum einen das **klinische Bild**, zum anderen ein **epidemiologischer Zusammenhang** zu einem labordiagnostisch bestätigten Fall sein und/oder zugleich eine **Laboruntersuchung**.

⇒ **PART B: FURTHER DIAGNOSTIC INFORMATION**

Teil B: Weitere diagnostische Informationen

The diagnosis or suspicion is based on (more than one box may be ticked):

Die Diagnose bzw. der Krankheitsverdacht gründet sich auf (mehrere Felder können angekreuzt werden):

<input type="checkbox"/> Clinical picture Klinisches Bild	<input type="checkbox"/> Epidemiological link to confirmed case Epidemiologischer Zusammenhang mit einem bestätigten Fall
--	--

Date of clinical onset _____ [YYYY/MM/DD]
 Erkrankungsbeginn [JJJ/MM/TT]

<input type="checkbox"/> Laboratory tests Labortests	(please specify) (bitte angeben, welche Tests)
<input type="checkbox"/> Other Andere diagnostische Verfahren	(please specify) (bitte angeben, welche)

Teil C: Bisher erfolgte Maßnahmen

Hier werden die vom Gesundheitsamt bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Hygiene, Prophylaxe bzw. Postexpositionsprophylaxe wie Desinfektionsmaßnahmen, Impfungen oder zur Verordnung von Medikamenten etc. ausgeführt.

⇒ PART C: Actions taken & travel

Teil C: Bisher erfolgte Maßnahmen

The following measures have been taken to safeguard the patient or their contacts (post exposure prophylaxis, vaccinations, hygiene measures etc.)

Folgende Maßnahmen wurden zum Schutz des Patienten oder der Kontaktpersonen durchgeführt (Postexpositionsprophylaxe, Impfungen, Hygienemaßnahmen etc.)

Teil C: Informationen zum Reiseziel:

Hier werden vom Gesundheitsamt ein paar Informationen zum endgültigen Reiseziel und zur Art des Transportes festgehalten:

Travel destination (ultimate destination, excluding short stopovers):

Endgültiges Reiseziel

Country _____ **Town** _____
Land *Stadt*

Mode(s) of transport: **Rail** **Road** **Boat** **Air**
Transportmittel *Bahn* *Straßenverkehr* *Schiff/Wasserweg* *Flugzeug*

Dies dient dazu, dass auch das RKI (welches nur Seite 1 des Formulars in Kopie erhält) grobe Information zum Reiseziel hat.

Teil D: Reiseplan des Patienten/Ansteckungsverdächtigen

Im oberen Teil des Abschnittes D sollten von der ausreisewilligen Person nochmals (detaillierte) Informationen zum Reiseverlauf angegeben werden.

Angaben zu **Zwischenaufhalten** sollten im mittleren Teil des Abschnittes D gemacht werden. Angaben zur **Heimataadresse** im unteren Teil des Abschnittes D

Further details of transport (e.g. flight number): _____
Weitere Reisedetails (Flugnummer etc.)

Date of departure from Germany: _____ [YYYY/MM/DD]
Ausreisedatum aus Deutschland [JJJJ/MM/TT]

Planned date of arrival at final destination: _____ [YYYY/MM/DD]
Erwartetes Ankunftsdatum am endgültigen Reiseziel [JJJJ/MM/TT]

Via (please detail stopovers): _____
Via (bitte Zwischenstops angeben)

My next overnight stay will be in [address]: _____
Meine nächste Übernachtung ist geplant in [Adresse]

Telephone no. of next overnight address: _____
Telefonnummer der nächsten Übernachtungsadresse

Planned date of arrival at HOME address: _____ [YYYY/MM/DD]
Geplangtes Ankunftsdatum bei Heimataadresse [JJJJ/MM/TT]

Home address **Street:** _____
Heimataadresse *Strasse*

Town/Post/Zip code: _____ **Country:** _____
Stadt/PLZ *Land*

Home phone: _____ **Mobile:** _____
Telefon zuhause *Mobitelefon*

Teil E: Einwilligung in die Weiterleitung von Daten

In diesem Abschnitt willigt die ausreisewillige Person mittels Unterschrift in die Weitergabe von personenbezogenen Informationen an Gesundheitsbehörden des Ziel- bzw. - Transitlandes ein.

➔ PART E: Confirmation of consent to data transmission to be filled in by patient / contact

Teil E: Einwilligung in die Weiterleitung von Daten (vom Patienten/der Kontaktperson in Englisch auszufüllen)

I agree that the information in this form may be forwarded to the appropriate public health authority in the country of my destination if the need arises.

Ich stimme hiermit zu, dass im Bedarfsfall Informationen aus diesem Formular an die zuständigen Gesundheitsbehörden im Land meines Reisezieles weitergeleitet werden dürfen.

Date [YYYY/MM/DD] _____ <i>Datum [JJ.JJ/MM.TT]</i>	Signature _____ <i>Unterschrift</i>
--	---

Recommendation to patient / contact:

Empfehlung für den Patienten/Ansteckungsverdächtigen bzw. seine Kontaktpersonen

In order to safeguard International Public Health, please contact the Public Health Authorities in the country/town of destination/stopover AS SOON AS POSSIBLE after your arrival, and in any case within 24 hours. When you contact the appropriate official, you should inform them of all the details on this notice.

Im Interesse der internationalen öffentlichen Gesundheit kontaktieren Sie bitte unmittelbar nach Ihrer Ankunft im Zielland/Transitland die zuständige Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bitte informieren Sie den zuständigen Ansprechpartner zu allen Aspekten dieses Hinweisblattes.

<p>Robert Koch Institute Department for Infectious Disease Epidemiology Seestraße 10 13353 Berlin, Germany</p> <p>Phone: +49-30-18754-3402 (office hours) +49-30-18754-0 (after office hours) Fax: +49-30-18754-3533 www.rki.de</p>

Für das Gesundheitsamt

Dieses Formular bitte an die zuständigen Gesundheitsbehörden im Ausland weiterleiten.

Seite 1 (und nur diese!) bitte auch in Kopie über die zuständige Landesbehörde an das RKI (Fax: 030-18754-3533) weiterleiten.

Sind beide Exemplare fertig ausgefüllt, vom Ausreisenden unterschrieben und auf beiden Seiten im Kopfteil mit einer übereinstimmenden Registriernummer versehen, dann wird Seite 1 und 2 vom Gesundheitsamt zur korrespondierenden Behörde im Ausland gefaxt.

Bei der Suche nach der korrespondierenden Behörde im Ausland kann sowohl die zuständige Landesstelle für den Infektionsschutz wie auch das RKI (FG 32, erreichbar über das Sekretariat der Abteilung für Infektionsepidemiologie +49 (0)30 - 18754-3402) behilflich sein. Das Formular ist so angelegt, dass beim Faxversand alle Inhalte sowohl im DIN A 4-Format wie auch im amerikanischen „letter size“-Format lesbar sind.

Eine Kopie von Seite 1 sollte an das das RKI +49 (0)30 - 18754-3533 gefaxt werden. Seite 1 und 2 werden danach beim Gesundheitsamt abgelegt.