

Meldung / Ärztlicher Bericht über eine Erkrankung an Tuberkulose, Seite 1

Per Telefax an das Gesundheitsamt Kreis

Wiesbaden 0611 31 39 16
 Rheingau-Taunus 06124 51 06 24
 Rhein-Lahn 02621 94 11 11
 Limburg-Weilburg 06431 29 63 34
 Hochtaunuskreis 06172 99 99 806
 Main-Taunus 06192 20 11 731
 Groß-Gerau 06152 98 93 49
 Mainz-Bingen 06131 14 02 190

Patient/-in:

Absender der Meldung:

(Arztpraxis / Krankenhaus - Station)

Meldende (r) Telefonnummer

Datum: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
 Tag Monat Jahr

Name: Vorname:

Männlich
 Weiblich

Geburtsdatum: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
 Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz:
 Straße und Hausnummer PLZ Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,
 falls abweichend:
 Einrichtung, Straße und Hausnummer PLZ Ort

Aufnahme im Krankenhaus am : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| vorgesehen / erfolgt

Geburtsland
 sofern bekannt:

Staatsangehörigkeit
 sofern bekannt:

BCG-Impfung

ja nein unbekannt

Frühere Erkrankung an Tuberkulose

ja, Diagnose gestellt im Jahr _____ nein (Ersterkrankung) unbekannt

Vorbehandlung mit Antituberkulotika über 1 Monat oder mehr

ja, mit nein unbekannt

Abschluss der früheren Behandlung mit Antituberkulotika

regulär vorzeitig abgebrochen sonstiger
 unbekannt

Kommentar:

Symptome/ Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird:

Müdigkeit Fieber Nachtschweiß Gewichtsabnahme
 Husten Auswurf Blutiger Auswurf Brustschmerzen

Kommentar:

Meldung / Ärztlicher Bericht über eine Erkrankung an Tuberkulose, Seite 2

Name: Vorname: Männlich Weiblich Geburtsdatum: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Zeitlicher Verlauf bis zur Stellung der Diagnose

Erste(s) Symptom(e) war(en) im Monat / Jahr

Husten begann im Monat / Jahr Gewichtsbnahme von kg in Wochen

Erste Arztkonsultation im Monat / Jahr bei Dr. Diagnosestellung am

Anlass der Diagnose : Abklärung tuberkulosebedingter Symptome sonstiger:

Kommentar:

Befunde

Röntgenaufnahme der Lunge am Befund

..... Kaverne ja, cm nein

Bronchoskopie am , Befund :

Histologie (.....-Gewebe)vom :

Tuberkulintest vom :nach Mendel-Mantoux TE Durchmesser mm

Interferon-gamma-Test (.....) vom : negativ positiv

Weitere Befunde :

Kommentar:

Mikrobiologische Befunde

Datum der Materialgewinnung	Bakteriologisch untersuchtes Material	Untersuchendes Labor	Mikroskopischer Nachweis säurefester Stäbchen im Direktpräparat	PCR-Nachweis von <i>M. tuberculosis</i> - Komplex	Kultureller Nachweis von <i>M. tuberculosis</i> - Komplex
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Organbeteiligung

.....

Einleitung der medikamentösen Behandlung am : |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_| mit

Isoniazid (INH) Rifampicin (RMP) Pyrazinamid (PZA) Ethambutol (EMB)

.....