|  |
| --- |
| **Absender der Meldung:**    .......................................................................................................  (Arztpraxis / Krankenhaus - Station)    .......................................................................................................  Meldende(r) Telefonnummer  Datum: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Tag Monat Jahr |

**Meldung einer Entlassung aus einem Krankenhaus bei Erkrankung an Tuberkulose ( § 9, Abs.1, Nr.12 IfSG)**

**Landkreis Cuxhaven**

**Gesundheitsamt**

**Tuberkulosefürsorge**

**Vincent-Lübeck-Straße 2**

**27474 Cuxhaven**

**Telefax: 04721 66 270 563**

**Patient/-in:**

Name: .................................................. Geburtsdatum: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Männlich

Tag Monat Jahr

Vorname: .............................................  Weiblich

|  |
| --- |
| **Aufnahme** in dem Krankenhaus am : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Verlassen** des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat am : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Reguläre Entlassung** aus dem Krankenhaus am : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **Weiterbehandlung** vorgesehen bei ……………………….........................................................................    **Verlegung** in/nach …………………………………………………….. am : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Einrichtung/Krankenhaus  **Tod an Tuberkulose** am : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|    **Tod an anderer Erkrankung** (........................................................) am : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|    **Bisherige medikamentösen Behandlung** mit **Kommentar:**  Isoniazid (INH) von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ........................................  Rifampicin (RMP) von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| .........................................  Pyrazinamid (PZA) von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ........................................  Ethambutol (EMB) von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|..........................................  .............................. von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ........................................  .............................. von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| .........................................  .............................. von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| .........................................  .............................. von: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| bis: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| .........................................    **Erfolgte die Einnahme der Antituberkulotika unter Aufsicht?**  ja  nein  …………………...........................................    **Ihre Beurteilung bezüglich der eigenverantwortlichen Durchführung der Behandlung:**  Der Patient / die Patientin ist gut motiviert und zur eigenverantwortlichen Einnahme ohne weitere  Hilfe in der Lage.  Der Patient / die Patientin bedarf weiterer Beratung und Betreuung, um seine / ihre Compliance zu  fördern.  Der Patient / die Patientin ist nach den bisherigen Beobachtungen nicht zur eigenverantwortlichen  Einnahme in der Lage.    …………………………………………………………………………………………………………………….  unbekannt |