|  |
| --- |
| **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  |