

Meldung eines Behandlungsabbruchs / Ärztlicher Abschlussbericht über eine Erkrankung an Tuberkulose

**Landkreis Cuxhaven
Gesundheitsamt
Tuberkulosefürsorge
Vincent-Lübeck-Straße 2
27474 Cuxhaven**

Telefax: 04721 66 270 563

Absender der Meldung:

(Arztpraxis / Krankenhaus - Station)

Meldende (r) Telefonnummer

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

Patient/-in:

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

☐ Vorzeitiger Abbruch ☐ Regulärer Abschluss der Behandlung am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Durchführung der medikamentösen Behandlung mit

Kommentar

<input type="checkbox"/> Isoniazid (INH) von : _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Rifampicin (RMP) von : _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Pyrazinamid (PZA) von : _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Ethambutol (EMB) von : _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> von: _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> von: _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> von: _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> von: _ _ / _ _ / _ _ _ _ bis : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Regelmäßigkeit der Tabletteneinnahme (Compliance) ☐ gut ☐ schlecht ☐
☐ unbekannt

Behandlungsergebnis (Eintragung und Übermittlung, sobald bekannt, ansonsten 12 - 15 Monate nach Behandlungsbeginn)

☐ **Heilung** vollständig durchgeführte Behandlung mit Nachweis einer negativen Kultur

☐ **Behandlung abgeschlossen** vollständig durchgeführte Behandlung ohne Nachweis einer negativen Kultur

☐ **Behandlung unterbrochen** Über mindestens 2 Monate dauernde Unterbrechung der Behandlung, ungeachtet ihrer individuellen Ursache (unerwünschte Arzneimittelwirkungen, fehlende Krankheitseinsicht) oder Unterbrechungen, die in ihrer Summe 3 Monate oder mehr betragen und das Ende der Behandlung um 3 Monate oder mehr hinauszögern oder Einnahme von weniger als 80% der Dosis

☐ **Versagen der Behandlung** 5 Monate nach Beh.-beginn andauernde - oder nach kultureller Konversion erneute - kulturell nachweisbare Ausscheidung von Bakterien des *M. tuberculosis*-Komplexes

☐ **Tod an Tuberkulose** auch wenn keine Behandlung der Tuberkulose erfolgte, **Todesdatum** :

☐ **Tod an anderer Erkrankung** auch wenn keine Behandlung der Tuberkulose erfolgte, **Todesdatum**

☐ **Behandlungsergebnis unbekannt** z.B. wegen Wegzugs

☐ **sonstiges:**

Weitere Überwachung des Thorax-Röntgenbefundes angezeigt ? ☐ ja ☐ nein
Unterschrift