Erhebungsbogen für Hepatitis B bzw. C

Erhebung in Ergänzung zum Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten gemäß §§6, 8,9 IFSG (Arztmeldebogen) und dem Labor-Meldeformular zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§7, 8,9 IFSG.

☐Hepatitis B ☐Hepatitis C

Patient/in:

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

Geburtsland: …… Staatsangehörigkeit:……

Jahr der Einreise: ……

Impfstatus: ……

Tag der Infektion[1]:…… [1]wenn genaues Datum nicht bekannt ist bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Symptomatik:……

Ist bei dem Patienten eine chronische Hepatitis bekannt? ☐Nein ☐Ja, wenn ja, dann nicht übermittlungspflichtig i.S.d. IFSG

Infektionsweg/Infektionsrisiko

Exposition innerhalb der letzten 6 Monate vor Auftreten der ersten klinischen Symptome (Mehrfachantworten möglich)

iv Drogengebrauch:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
ist zusätzlich zur Hepatitis eine sexuell übertragbare Krankheit aufgetreten:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Heterosexueller Geschlechtsverkehr:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Homosexueller Geschlechtsverkehr:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern (≥ Partner in 6 Monaten):	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Geschlechtsverkehr mit Personen, die Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C) ist:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Geschlechtsverkehr im Ausland Wenn ja welches: Land1: Land2:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Wohngemeinschaft mit Person, die Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C) ist:	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Wenn Patientenalter < 3 Jahre, ist die Mutter Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C):	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar
Kontakt zu Patienten | Patientenmaterial (z.B. im Labor oder Krankenhaus):	☐Nein	☐Ja	☐nicht ermittelbar

Ohrlochstechen: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Piercing: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Tätowierung: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Akupunktur: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Injektion (subkutan, intramuskulär, intravenös): ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Nadelstich durch eine mit Blut kontaminierte Nadel: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Stationärer Aufenthalt in Krankenhaus oder einer anderen Pflegeeinrichtung: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Zahnärztlicher Eingriff: ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Operativer oder invasiv-diagnostischer Eingriff (außer zahnärztlicher Eingriff): ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Bluttransfusion o.a. Blutprodukte ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: …… …… |_|_|_|_|_| ……
Land, falls Ausland | Ort | PLZ (erste 3 Ziffern) | Name der Einrichtung

Dialysebehandlung ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: ……..	……..	|_|_|_|_|_|	……
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung

Organtransplantation ☐Nein ☐Ja ☐nicht ermittelbar

Wenn ja, wo: ……..	……..	|_|_|_|_|_|	……
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung