

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.

Dieser Bogen ist nur von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes auszufüllen

Hepatitis B Hepatitis C

Patient/in:

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

Tag der Infektion¹:..... ¹wenn genaues Datum nicht bekannt ist bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

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:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
ist zusätzlich zur Hepatitis eine sexuell übertragbare Krankheit aufgetreten:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Heterosexueller Geschlechtsverkehr:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Homosexueller Geschlechtsverkehr:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern (≥ Partner in 6 Monaten):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Geschlechtsverkehr mit Personen, die Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C) ist:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Geschlechtsverkehr im Ausland	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja welches: Land1: Land2:			
Wohngemeinschaft mit Person, die Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C) ist:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn Patientenalter < 3 Jahre, ist die Mutter Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Kontakt zu Patienten | Patientenmaterial (z.B. im Labor oder Krankenhaus):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Ohrlochstechen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Piercing:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Tätowierung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Akupunktur:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Injektion (subkutan, intramuskulär, intravenös):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Nadelstich durch eine mit Blut kontaminierte Nadel:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Stationärer Aufenthalt in Krankenhaus oder einer anderen Pflegeeinrichtung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Zahnärztlicher Eingriff:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Operativer oder invasiv-diagnostischer Eingriff (außer zahnärztlicher Eingriff):	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Bluttransfusion o.a. Blutprodukte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht ermittelbar
Wenn ja, wo: .....	.....	|_|_|_|_|	.....
Land, falls Ausland	Ort	PLZ (erste 3 Ziffern)	Name der Einrichtung