

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: ¹ wenn 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: 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 (≥ 2 Partner in 6 Monaten): Nein Ja Nicht ermittelbar

Geschlechtsverkehr mit Person, die Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C) ist: Nein Ja Nicht ermittelbar

Geschlechtsverkehr im Ausland: Nein Ja Nicht ermittelbar

Wenn ja, welches: Land 1: Land 2:

Wohngemeinschaft mit Person, die Virusträger für dieselbe Hepatitis (B bzw. C) ist: Nein Ja Nicht ermittelbar

Wenn Patientenalter < 3 Jahre, ist die Mutter Virusträgerin für dieselbe Hepatitis (B bzw. C): Nein Ja Nicht ermittelbar

Kontakt zu Patienten/ Patientenmaterial (z.B. im Labor o. 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 kontaminierten Nadel: Nein Ja Nicht ermittelbar

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

Stationärer Aufenthalt in Krankenhaus oder 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