

Name: _____ Diagnose: _____ Sprache: _____ Seite: _____

Geboren: _____ Geburtsland: _____ HIV: _____ Meldung Gesundheitsamt am: _____

Resistenzen: _____ Hepatitis: _____ TB-Vorerkr. (Jahr): _____

IGRA: _____ Andere: _____ Hygiene compliant? ja / nein Therapieadhärenz: ja / nein

Datum								
Therapiewoche								
Atem- wegs- sekret	mikr.							
	PCR							
	Resistenz							
	Kultur							
Klinischer Verlauf								
Gewicht / BMI								
INH								
RMP								
EMB								
PZA								
Ishihara-Test								
Augenkonsil								
Audiogramm/EKG								
HNO-Konsil								
Andere Konsile								