

Name: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_ Sprache: \_\_\_\_\_ Seite: 1

Geboren: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_ HIV: \_\_\_\_\_ Meldung Gesundheitsamt am: \_\_\_\_\_

Resistenzen: \_\_\_\_\_ Hepatitis: \_\_\_\_\_ TB-Vorerkr. (Jahr): \_\_\_\_\_

IGRA: \_\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_ Hygiene compliant?  ja /  nein Therapieadhärenz:  ja /  nein

Datum									Ende der zweiten Woche
Therapiewoche									Krankenhausbehandlungsbefähigung noch gegeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Gesundheitsamt angefragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fax vom: _____
Atemwegssekret	mikr.								
	PCR								
	Resistenz								
	Kultur								
Klinischer Verlauf									
Gewicht / BMI									
INH									
RMP									
EMB									
PZA									
Ishihara-Test									
Augenkonsil									
Audiogramm/EKG									
HNO-Konsil									
Andere Konsile									