Meldung eines Behandlungsabbruchs oder Verweigerung nach § 6 Abs 2 IfSG

oder

Tod an Tuberkulose nach § 6 Abs. 1 Nr. 1.1a IfSG

Per Datei-Upload:
https://upload.gesundheitsamt-dadi.de/

Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt

und des Landkreise Darmstadt-Dieburg

Absender des Melders:

.....
Arztpraxis / Krankenhaus-Station

.....
Arzt Telefonnummer

Ausstellungsdatum: .....

Patient /-in:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ ☐ m / ☐ w / ☐ d

☐ **Vorzeitiger Abbruch** am _____

Durchführung der medikamentösen Behandlung mit

☐ Isoniazid	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg
☐ Rifampicin	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg
☐ Pyrazinamid	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg
☐ Ethambutol	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg
☐ _____	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg
☐ _____	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg
☐ _____	von: _____	bis: _____	Dosis: _____ mg

Regelmäßigkeit der Tabletteneinnahme (Compliance): ☐ gut ☐ schlecht ☐ unbekannt

Kommentar: _____

Behandlungsergebnis

☐ **Behandlungsverweigerung**
☐ **Behandlung abgebrochen;** Grund: _____
☐ **Behandlung unterbrochen (gilt als Therapieabbruch!):** über mindestens 2 Monate dauernde Unterbrechung der Behandlung, ungeachtet ihrer individuellen Ursache (unerwünschte Arzneimittelwirkung, fehlende Krankheitseinsicht)

Grund: _____

☐ **Tod an Tuberkulose** während der Tuberkulosebehandlung Todesdatum: _____
☐ **Tod an anderer Ursache** während der Tuberkulosebehandlung Todesdatum: _____
☐ **Tod an Tuberkulose** auch wenn keine Behandlung der behandlungsbedürftigen Tuberkulose erfolgte Todesdatum: _____
☐ **Tod an anderer Ursache** auch wenn keine Behandlung der behandlungsbedürftigen Tuberkulose erfolgte Todesdatum: _____