

Landratsamt Günzburg - Gesundheitsamt

Ermittlungen nach Infektionsschutzgesetz - Hepatitis B

Die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten erfolgt auf Grundlage der §§ 11-12, 25-27 IfSG



LANDKREIS GÜNZBURG

Gesundheitsamt
An der Kapuzinermauer 1
89312 Günzburg

Tel. 08221/95748 oder
Tel. 08221/95749
Fax 08221/95770

Persönliche Angaben

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsland	Nationalität
Straße		Hausnummer	PLZ Ort
Telefon (Angaben freiwillig)	Telefax (Angaben freiwillig)	E-Mail (Angaben freiwillig)	
Hausarzt			
Befund vom		nach IfSG übermittelt durch	

Klinik Aufenthalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo	von/bis	<input type="checkbox"/> wegen Hepatitis	<input type="checkbox"/> andere Ursache
-------------------	---	---------	--	---

ausgeübte berufliche Tätigkeit

Aktue Infektion ja nein

Ikterus ja nein

Leberzirrhose ja nein

Transaminasenerhöhung ja nein

Ist der Patient über Diagnose und Schutzmaßnahmen aufgeklärt ja nein

Fand jemals eine Immunisierung gegen Hepatitis B statt ja nein

Wenn ja, wann, welcher Impfstoff (falls bekannt)

Wurde der Partner/-in aufgeklärt ja nein

Wurde der Partner/-in getestet ja nein

Vermutete Infektionsquelle Zeitraum

i.v. Drogengebrauch ja nein

während eines Haftaufenthaltes ja nein

Heterosexueller Geschlechtsverkehr ja nein

mit Hepatitis-B infizierten/r Partner/in ja nein

unbekannt, ob Partner/in Hepatitis-B infiziert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Homosexueller Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
mit Hepatitis-B infizierten/r Partner/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unbekannt, ob Partner/in Hepatitis-B infiziert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wohngemeinschaft mit Hepatitis-B-Virusträger/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mutter Virusträger bei Geburt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nosokomiale Übertragung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Operativer/invasiv-diagnostischer Eingriff	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluttransfusion oder andere Blutprodukte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialysebehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medizinische Injektionen im Ausland, wo	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tätowierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Piercing	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beruflicher Kontakt zu infizierten Patienten/Material	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort	Datum	Unterschrift