

Landratsamt Günzburg - Gesundheitsamt

Ermittlungen nach Infektionsschutzgesetz - Hepatitis C

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ikterus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Transaminasenerhöhung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ist der Patient über Diagnose und Schutzmaßnahmen aufgeklärt			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde der Partner/-in aufgeklärt			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde der Partner/-in getestet			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Vermutete Infektionsquelle

Zeitraum

i.v. Drogengebrauch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
während eines Haftaufenthaltes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heterosexueller Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
mit Hepatitis-C infizierten/r Partner/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
unbekannt, ob Partner/in Hepatitis-C infiziert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Homosexueller Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
mit Hepatitis-C infizierten/r Partner/in	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unbekannt, ob Partner/in Hepatitis-C infiziert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wohngemeinschaft mit Hepatitis-C-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