

**Tuberkulose**
 Nachweis über Tätigkeit mit Tuberkulose-Patienten ohne  
persönliche Schutzausrüstung (betrifft Personal)
**Meldung an:****Betriebsärztlichen Dienst (BÄD)****Gesundheitsamt**

der Hansestadt Rostock, Abt. Hygiene und Infektionsschutz, Paulstr. 22, 18055 Rostock

**Fax: 9974****Fax: (0) 3815369****Vom Stationsarzt/-ärztin auszufüllen (Bitte gut leserlich ausfüllen!):****Klinik/Station**

Meldung durch

Telefon

Datum

**Index-Patient**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Stationär von/bis

**Nachweis von Erregern im Sputum :****Mikroskopie** **Kultur** **PCR** **IGRA**  positiv  negativ**TB offen** **TB geschlossen**

<b>Tuberkulose</b>	Nachweis über Tätigkeit mit Tuberkulose-Patienten <u>ohne</u> persönliche Schutzausrüstung (betrifft Personal)		
--------------------	--	--	--

Aufgelistet werden alle am Index-Patienten tätigen Mitarbeiter (Ärztliches- und Pflegepersonal, Bundesfreiwilligendienstler, Physiotherapeuten, Transportpersonal, Reinigungspersonal, Röntgenpersonal, usw.) Von nicht der UMR angehörigen Personen (z. B. Studenten, Sitzwachen, Schülern, Praktikanten) sind die Kontaktdaten (Adresse, Telefon-Nr.) zu erfassen.

**Kontaktpersonen:**

Name	Geburtsdatum	Funktion	Adresse	Telefon	Mund-Nasen-Schutz	Keinen Schutz
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>