

Tuberkulosedagnostik

Hauttest (RT 23 Mantoux) / Bluttest (Quantiferontest)

Ihre **Ansprechpartnerinnen** beim Gesundheitsamt, Westring 28/30, 44787 Bochum sind:

- | | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| - Frau Pollmüller | Tel. 0234 / 910-11 13, | e-mail: VPollmueller@bochum.de |
| - Frau Schwake | Tel. 0234 / 910-32 31, | e-mail: ASchwake@bochum.de |
| - Frau Dr. Häring-Haj Kheder | Tel. 0234 / 910-32 30, | e-mail: AHaering-HajKheder@bochum.de |
| - Frau Dr. Rihs | Tel. 0234 / 910-32 66, | e-mail: IRihs@bochum.de |

Sie erreichen uns auch per Fax: 0234 / 910-13 99

Bitte füllen Sie die nachstehenden Formularfelder am PC aus.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

- Waren Sie an Tuberkulose erkrankt? ja nein
- Wurden Sie jemals wegen Tuberkulose untersucht? ja nein
- **Falls ja:** Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Datum | Ergebnis | |
|---|-------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung | _____ | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulinhauttest | _____ | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| <input type="checkbox"/> Bluttest | _____ | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> negativ |
| • Wurde eine BCG Impfung durchgeführt?
(Impfung gegen Tuberkulose) | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Anamnese:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht eine Grunderkrankung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Erkrankung des Immunsystems? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Werden Medikamente eingenommen (z. B. Cortison, Antibiotika)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden Sie in den letzten sechs Wochen geimpft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Datum

Unterschrift

Der untere Abschnitt wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt!

- | | | | | |
|---------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Durchgeführt wurde: | RT 23 Test | <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> unklar |
| | Quantiferontest | <input type="checkbox"/> negativ | <input type="checkbox"/> positiv | <input type="checkbox"/> unklar |

Kommentar: