

**Meldung eines Behandlungsabbruchs oder Verweigerung nach § 6 Abs 2 IfSG**

**oder**

**Tod an Tuberkulose nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG**

Per Fax an: 06151 / 319134

Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt  
und des Landkreise Darmstadt-Dieburg

<b>Absender des Melders:</b>	
.....	
Arztpraxis / Krankenhaus-Station	
.....	
Arzt	Telefonnummer
Ausstellungsdatum: .....	

**Patient /-in:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_       m /  w /  d

<input type="checkbox"/> <b>Vorzeitiger Abbruch</b> am _____	
<b>Durchführung der medikamentösen Behandlung mit</b>	
<input type="checkbox"/> Isoniazid	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<input type="checkbox"/> Rifampicin	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<input type="checkbox"/> Pyrazinamid	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<input type="checkbox"/> Ethambutol	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<input type="checkbox"/> _____	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<input type="checkbox"/> _____	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<input type="checkbox"/> _____	von: _____ bis: _____ Dosis: _____ mg
<b>Regelmäßigkeit der Tabletteneinnahme (Compliance):</b> <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> unbekannt	
Kommentar: _____	

<b>Behandlungsergebnis</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Behandlungsverweigerung</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Behandlung abgebrochen;</b> Grund: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Behandlung unterbrochen (gilt als Therapieabbruch!):</b> über mindestens 2 Monate dauernde Unterbrechung der Behandlung, ungeachtet ihrer individuellen Ursache (unerwünschte Arzneimittelwirkung, fehlende Krankheitseinsicht) Grund: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Tod an Tuberkulose</b> während der Tuberkulosebehandlung      Todesdatum: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Tod an anderer Ursache</b> während der Tuberkulosebehandlung      Todesdatum: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Tod an Tuberkulose</b> auch wenn keine Behandlung der behandlungsbedürftigen Tuberkulose erfolgte      Todesdatum: _____
<input type="checkbox"/>	<b>Tod an anderer Ursache</b> auch wenn keine Behandlung der behandlungsbedürftigen Tuberkulose erfolgte      Todesdatum: _____