

## Meldung einer Entlassung (oder Verlegung) aus einem Krankenhaus bei Erkrankung an Tuberkulose (§ 9 Abs. 1 Nr. 1n IfSG)

Per Fax an: 06151 / 319134

Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt  
und des Landkreise Darmstadt-Dieburg

**Absender des Melders:**

.....  
Krankenhaus-Station

.....  
Arzt Telefonnummer

Ausstellungsdatum: .....

**Patient / -in:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Aufnahme** in dem Krankenhaus am: \_\_\_\_\_

**Reguläre Entlassung** aus dem Krankenhaus am: \_\_\_\_\_

**Weiterbehandlung** vorgesehen bei Dr. med.: \_\_\_\_\_

Name, Adresse

\_\_\_\_\_ Termin: \_\_\_\_\_

**Verlegung** in ein anderes Krankenhaus (Name) am: \_\_\_\_\_

**Bisherige medikamentöse Behandlung mit:** **Körpergewicht bei Entlassung:** \_\_\_\_ kg

Isoniazid von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

Rifampicin von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

Pyrazinamid von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

Ethambutol von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Dosis tgl.: \_\_\_\_\_

**Erfolgte die Einnahme der Antituberkulotika unter Aufsicht?**  ja  nein  \_\_\_\_\_

**Versorgung mit Tuberkulostatika nach Entlassung für:** \_\_\_\_\_ Tage

**Wie beurteilen Sie die Fähigkeit des Patienten / der Patientin, die weitere Behandlung eigenverantwortlich durchzuführen?**

gut motiviert und zur eigenverantwortlichen Einnahme ohne weitere Hilfe in der Lage

bedarf weiterer Beratung und Betreuung, um seine / ihre Compliance zu fördern

ist nach den bisherigen Beobachtungen **nicht** zur eigenverantwortlichen Einnahme in der Lage

Kommentar: \_\_\_\_\_