

Stuhl / Typhus

Eingangsdatum:

**Begleitschein
 pathogene
 Darmbakterien**

E i n s e n d e r		P a t i e n t e n d a t e n		
Telefon:		Name	Vorname geb. am	
		PLZ	Wohnort Straße	
		Kostenträger	<input type="radio"/> Selbst-zahler	stationär auf:
		Arbeitgeber	<input type="radio"/> ambulat	
		Name des Versicherten	Vorname	geb. am

Materialdaten

Entnahme-datum:	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):
-----------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------------

allgemeine Angaben:

<input type="checkbox"/> ambulante(r) Patient(in)	<input type="checkbox"/> Durchfälle bei stationärer Aufnahme oder innerhalb von 3 Tagen nach Aufnahme
<input type="checkbox"/> stationäre(r) Patienten(in)	<input type="checkbox"/> Durchfälle erstmalig > 3 Tage nach stationärer Aufnahme
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt in:	<input type="checkbox"/> Antibiotikatherapie mit: seit:

gewünschte Untersuchungen / klinische Angaben (bitte möglichst genau angeben):

<input type="checkbox"/> pathogene Darmbakterien (Campylobacter, Salmonella, Shigella, Yersinia)	
<input type="checkbox"/> C. difficile Toxin A/B und C. difficile Kultur Meldepflicht! sofern ein oder mehrere klinische <u>Meldekriterien</u> erfüllt sind:	<input type="radio"/> Antibiotikatherapie aktuell oder in Anamnese <input type="radio"/> Schwere Durchfälle <input type="radio"/> Leukozytose <input type="radio"/> Fieber
	<input type="radio"/> Aufnahme aufgrund einer rezidivierenden Infektion <input type="radio"/> Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung einer C. difficile assoziierten Diarrhö (CDAD) <input type="radio"/> Kolektomie aufgrund eines Megacolons, einer Perforation oder refraktären Kolitis <input type="radio"/> Tod <30 Tage nach Diagnosestellung und CDAD als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung
<input type="checkbox"/> EHEC	<input type="radio"/> Hämolytisch-Urämisches Syndrom (HUS) oder Thrombotisch-Thrombozytopenische Purpura
	<input type="radio"/> Durchfall (akut oder innerhalb der letzten Woche) und eine der folgenden Bedingungen: <input type="radio"/> endoskopisch nachgewiesene hämorrhagische Kolitis <input type="radio"/> nekrotisierende Enterokolitis <input type="radio"/> hämolytische Anämie <input type="radio"/> akutes Nierenversagen <input type="radio"/> Kontaktpersonen von Personen mit nachgewiesener EHEC-Infektion oder HUS
<input type="checkbox"/> Enteropathogene Escherichia coli (EPEC)	
<input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Unterschrift des / der Arztes / Ärztin	