

B E G L E I T S C H E I N

zur Einsendung von Untersuchungsmaterial zur Feststellung einer anzeigepflichtigen Krankheit im Sinne des § 5 Epidemiegesetz (ausgenommen TBC-Untersuchungen)

Einsender

Eingangsdatum und Protokollnummer des Instituts
Übersandtes Material <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Entnahmedatum:

Familien-/Nachname(n) und Vorname(n) des/r Patienten/in (Bei Sammeliste Namen und Wohnadresse nur unten anführen)	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	SV-Nummer und Geburtsdatum
Wohnadresse	Verwaltungsbezirk	
Ort der Erkrankung	Krankheitsbeginn	
Umgebungsuntersuchung zu Erkrankungsfall		

Epidemiologische Hinweise

<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/> Umgebungsuntersuchung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Eingeschleppter Fall aus Land:
<input type="checkbox"/> Einzelfall	<input type="checkbox"/> Ausbruch Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Gasthaus	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Schule		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Die Anzeige an die Bezirksverwaltungsbehörde nach § 2 Epidemiegesetz 1950 wurde erstattet am		Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES i.d.g.F (abzurufen unter: www.ages.at) werden akzeptiert. Der Übermittlung (Fax) von Teilberichten ohne Unterschrift der/s Zeichnungsberechtigten wird zugestimmt.	
Sollte wegen unvollständiger Angaben die Zuordnung zum Epidemiegesetz nicht möglich sein, ist die Untersuchung kostenpflichtig!		Stempel und Unterschrift der Amtsärztin/des Amtsarztes oder der Ärztin/des Arztes im Auftrag der Behörde	

<p>Stuhluntersuchung auf</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonella <input type="checkbox"/> Typhus <input type="checkbox"/> Paratyphus <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Shigella <input type="checkbox"/> Yersinia <input type="checkbox"/> EHEC – VTEC (STEC) <input type="checkbox"/> Vibrio cholerae <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Norovirus – PCR <input type="checkbox"/> Poliomyelitis <input type="checkbox"/> Amöbenruhr</p> <p>Untersuchung auf</p> <p><input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Tularämie <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Leptospirose <input type="checkbox"/> Legionärskrankheit <input type="checkbox"/> sonstige nach § 1 Epidemiegesetz</p>	<p>Bei Sammeliste bitte angeben!</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 55%; height: 40px; vertical-align: top;">Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)</td> <td style="width: 15%; height: 40px; vertical-align: top;">SV-Nr. und Geburtsdatum</td> <td style="width: 30%; height: 40px; vertical-align: top;">Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">Wohnadresse</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)</td> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">SV-Nr. und Geburtsdatum</td> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">Wohnadresse</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)</td> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">SV-Nr. und Geburtsdatum</td> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">Wohnadresse</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)</td> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">SV-Nr. und Geburtsdatum</td> <td style="height: 40px; vertical-align: top;">Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px; vertical-align: top;">Wohnadresse</td> </tr> </table>	Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Wohnadresse			Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Wohnadresse			Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Wohnadresse			Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Wohnadresse			<p>BEFUND</p>
Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																								
Wohnadresse																										
Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																								
Wohnadresse																										
Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																								
Wohnadresse																										
Familien-/Nachname(n) u. Vorname(n)	SV-Nr. und Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																								
Wohnadresse																										