Anrede

Vorname Name

Strasse Nr.

PLZ Ort

Ort, Datum

**Behandlungsresultat bei Tuberkulose-Infektion (TBI) von**

Name Vorname, geb. Geb.datum, Strasse Nr., PLZ Ort

Sehr geehrte(r) Anrede Name

Im Auftrag des Kantonsärztlichen Dienstes bitten wir Sie uns das Behandlungsresultat von Vorname Name mitzuteilen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit dem beiliegenden Umschlag an uns zurück.

|  |
| --- |
| **Behandlung der TBI mit** **[ ]  Isoniazid** **[ ]  Rifampicin****[ ]  Rifampicin und Isoniazid** |
| **[ ]** Behandlungsstart: ………………... (Datum) |
| **[ ]** Abgeschlossen: ………………... (Datum) |  |
| **[ ]**  Abgebrochen: …………….......... (Datum); | Grund: ……………………………………….. |
| **[ ]**  Noch nicht abgeschlossen; | Grund: ……………………………………….. |
| **[ ]** Voraussichtlicher Abschluss: ….................. | (Datum Therapieende) |

|  |  |
| --- | --- |
| Wir danken für Ihre Mithilfe.Freundliche GrüsseLUNGENLIGA …Vorname NameFachstelle Tuberkulose | Datum: ...........................Stempel und Unterschrift: |