Anrede

Vorname Name

Strasse Nr.

PLZ Ort

Ort, Datum

**Erhebungsformular für das Behandlungsresultat 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 gemäss den WHO-Kategorien für Vorname Name mitzuteilen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit beiliegendem Rückantwortumschlag an untenstehende Adresse zurück.

Besten Dank und freundliche Grüsse

LUNGENLIGA …

Vorname Name

Fachstelle Tuberkulose

|  |
| --- |
| **Behandlungsresultat nach WHO-Kategorien** |
| **Behandlungsabschluss am (Datum) …………………**  **Heilung:** Dokumentierte, vollständig durchgeführte Behandlung mit kultureller Konversion  **Therapie abgeschlossen:** Dokumentierte, vollständig durchgeführte Behandlung ohne   Dokumentation einer kulturellen Konversion  **Therapieunterbruch:** Unterbrechung der Behandlung für mindestens zwei Monate  **Therapieversagen:** Nach ≥ 5 Monaten Behandlung andauernd oder erneut positive   *M.tuberculosis*-Kulturen  **Exitus aufgrund der Tuberkulose:** Tod an Tuberkulose vor Beginn oder während der   Tuberkulosebehandlung  **Exitus aus anderen Gründen:** Tod an einer anderen Erkrankung (als TB) vor Beginn oder   während der Tuberkulosebehandlung  **Verlegung:** Überweisung an eine andere Stelle und kein Therapieresultat vorhanden  **Anderes Resultat:** z.B. weitere Behandlung eines MDR-Falles |

Datum:.........................

Stempel und Unterschrift:.............................................................................