

Anamnesebogen für Arztpraxen, Krankenhaus und Impfzentrum

zur Postexpositionellen Schutzbehandlung (PET) des Menschen
nach Tollwutexposition

<p>Stempel und Telefonnummer der Arztpraxis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patient informiert und belehrt <input type="checkbox"/> Schutzimpfung begonnen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt telefonisch vorinformiert <input type="checkbox"/> Anamnesebogen an Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Amtstierarzt telefonisch informiert <input type="checkbox"/> Anamnesebogen an Amtstierarzt <input type="checkbox"/> Überweisung an Impfzentrum <input type="checkbox"/> Anamnesebogen an Impfzentrum <input type="checkbox"/> Tierhalter informiert und belehrt
---	---

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Wohnanschrift des Patienten (einschl. Telefon-Nr.): _____

Anschriften von Kontaktpersonen (einschl. Telefon-Nr., ggf. Rückseite nutzen): _____

Anschrift des Tierbesitzers (einschl. Telefon-Nr.): _____

Angaben zum Tier (Tierspezies, Zustand, Verhalten, Bissmotiv): _____

Angaben zum Hergang der Exposition/Aufenthaltsort/Datum/Uhrzeit:

Lokalisation der Exposition: _____

Art der Exposition:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berühren (auch indirekt) oder Füttern | <input type="checkbox"/> Knabbern (nicht intakte Haut) |
| <input type="checkbox"/> Belecken der intakten Haut | <input type="checkbox"/> Belecken der nicht intakten Haut |
| <input type="checkbox"/> Knabbern an unbedeckter Haut (intakte Haut) | <input type="checkbox"/> oberflächliche Kratzer ohne Bluten |
| <input type="checkbox"/> jegliche Bissverletzung oder Kratzwunden,
die die Haut durchdringen | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Impfköder (verletzte Haut) |
| <input type="checkbox"/> Kontamination von Schleimhäuten mit Speichel
(z. B. Lecken, Spritzer) | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Impfköder (intakte Haut) |
| | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Impfköder (Schleimhaut) |

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Erfassungsbogen des Gesundheitsamts*für tollwutexponierte Personen*

- Exponierte Person belehrt (s. unten)
- Überweisung zum behandelnden Arzt
- Arzt telefonisch vorinformiert
- Erfassungsbogen an behandelnden Arzt
- Abstimmung mit Amtstierarzt erfolgt
- Überweisung an Impfzentrum
- Erfassungsbogen an Impfzentrum
- Tierbesitzer aufgefordert

Stempel und Telefonnummer des Gesundheitsamts

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Wohnanschrift des Patienten (einschl. Telefon-Nr.): _____

Anschrift des Tierbesitzers (einschl. Telefon-Nr.): _____

Angaben zum Tier (Tierspezies, Zustand, Verhalten, Bissmotiv): _____

Angaben zum Hergang der Exposition: _____

Aufenthaltsort/Datum/Uhrzeit: _____

Lokalisation der Exposition: _____

Art der Exposition:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berühren (auch indirekt) oder Füttern | <input type="checkbox"/> Knabbern (nicht intakte Haut) |
| <input type="checkbox"/> Belecken der intakten Haut | <input type="checkbox"/> Belecken der nicht intakten Haut |
| <input type="checkbox"/> Knabbern an unbedeckter Haut (intakte Haut) | <input type="checkbox"/> oberflächliche Kratzer ohne Bluten |
| <input type="checkbox"/> jegliche Bissverletzung oder Kratzwunden,
die die Haut durchdringen | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Impfköder (verletzte Haut) |
| <input type="checkbox"/> Kontamination von Schleimhäuten mit Speichel
(z. B. Lecken, Spritzer) | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Impfköder (intakte Haut) |
| | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Impfköder (Schleimhaut) |

Datum: _____

Unterschrift des Beauftragten: _____

Belehrung:

Ich bestätige hiermit, dass ich am _____ von Frau/Herrn _____ vom Gesundheitsamt _____ darüber belehrt wurde, meinen behandelnden Arzt/das Tollwutberatungs- und impfzentrum _____ zur Entscheidung einer postexpositionellen Tollwutschutzbehandlung aufzusuchen.

Datum: _____

Unterschrift: _____