

B E G L E I T S C H E I N
für die Einsendung von Material/Isolat zur Cholera-Diagnostik

<p>Einsender (mikrobiolog. Labor)</p> <p>Einsender Prot.Nr.</p>	<p>Material eingesandt von: (Arzt, Station, Abteilung)</p> <p>Tel.Nr. Fax Nr.</p> <p>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.</p> <p>Datum: Unterschrift:</p>
--	--

<p>Patienten-Material:</p> <p><input type="checkbox"/> Isolat <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Anderes:</p>	<p>Entnommen am: Gezüchtet am: Es wurden Keime von Vibrio _____ gezüchtet.</p>
---	--

Patientendaten:	
Familien-/Nachname(n):	Vorname(n):
SV-Nummer und Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse:	
Das Untersuchungsergebnis wurde am _____ an das Gesundheitsamt _____ gemeldet.	

Klinische Daten:	
Erkrankungsbeginn:	
<u>Symptome:</u>	
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen
<input type="checkbox"/> andere Symptome:	
<input type="checkbox"/> asymptomatisch	<input type="checkbox"/> Spitalsaufenthalt
<input type="checkbox"/> keine Angaben	

Epidemiologische Daten:			
<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/> Einzelfall	<input type="checkbox"/> Familie/WG	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtung
<input type="checkbox"/> Umgebung zu Erkrankungsfall:			
<input type="checkbox"/> vermutete Infektionsquelle:			
<input type="checkbox"/> eingeschleppt von:			
<input type="checkbox"/> Details:			