Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Datum der Benachrichtigung: ___/___/___

Formular V.1.

Benachrichtigung über einen **wahrscheinlichen Fall von akuter Hepatitis unklarer Ursache** an die nach Wohnort zuständige Gesundheitsbehörde

Betroffene Person:
(Vorname, Name)

○ weiblich ○ männlich ○ divers

Geburtsdatum ...../...../.....
Tag Monat Jahr

Sozialversicherungsnummer:

Meldende Person:
(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))

Wir ersuchen Ärzt:innen, Patient:innen, die nachfolgende Definition erfüllen, an die zuständige BVB zu melden

Person ≤ 16 Jahre mit einem der klinischen Kriterien (1 oder 2)

1. Symptome/klinische Zeichen einer akuten Gastroenteritis
2. Symptome/klinische Zeichen, die auf eine akute Hepatitis (z.B. Hepatomegalie, Oberbauchschmerzen rechts, Ikterus) schließen lassen

UND

AST oder ALT > 500 IU/L

UND

ausgeschlossen sind virale Hepatitiden A, B, C, D und E

○ **Es wurde eine Überweisung an eine Kinderabteilung veranlasst (falls noch nicht erfolgt)**

Angabe zur Kinderabteilung
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

.....

.....

○ **Einverständniserklärung (bis zum vollendeten 14 Lebensjahr der/die Erziehungsberichtigte): Ich willige in die Übermittlung der oben genannten Daten an die Gesundheitsbehörde sowie an die AGES GmbH zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten und Fallabklärung ein.**
(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

.....

Datum, Ort _____ Unterschrift _____