

Extrapulmonale Tuberkulose		<input type="checkbox"/>
Betroffenes Hauptorgan Zusätzlich betroffene/s Organ/e Begleiterkrankungen	..... ..... .....
Therapie (Antituberkulotika)	.....
Datum der Diagnose	__:__:__	
Datum des Todes	__:__:__	
Familiename	.....
Vorname	.....
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
Geburtsdatum	.....
Geburtsort	.....
Staatsangehörigkeit	.....
Datum der Einreise nach Österreich (falls zutreffend)	.....
Wohn- oder Aufenthaltsadresse	..... ..... ..... .....
Telefonnummer	.....
SVNR	.....
SV-Träger	.....
Arbeitsstätte / Schule / Gemeinschaftseinrichtung	..... ..... .....
Krankenhausaufenthalt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, Datum der Aufnahme und Bezeichnung der Krankenanstalt	..... .....
Weitere Anmerkungen (sofern erforderlich und verhältnismäßig)		
.....		

....., den

Ort und Datum

.....

Unterschrift, Adresse und Telefonnummer der/des Anzeigenden