Lfd. Nr.: 00001

MANTELBOGEN: LYDI-Sentinel

Inzidenz der Lyme-Borreliose in Bayern

Datum:

Angaben zum Einsender (Stempel):

Vorname:
Name:
Straße / Hausnummer:
PLZ
Ort
Tel.:
Fax.:
E-mail:

Angaben zu Patientin/Patient (ggf Etikett):

Vorname:
Name:
Postleitzahl:
Geburtsdatum:
Geschlecht:

Lfd. Nr.: 00001

Fragebogen: LYDI-Sentinel

Inzidenz der Lyme-Borreliose in Bayern

Patient: Geburtsdatum _ _ / _ _ _ _ (Monat/Jahr) Geschlecht ☐ w ☐ m

Landkreis des Wohnortes des Patienten_____

Frühere Erkrankung an Lyme-Borreliose bekannt?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Falls ja, wann _ _ / _ _ _ _

Behandlung ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Diagnose ☐ Erythema migrans ☐ Lyme Arthritis
☐ Neuroborreliose ☐ Sonstiges_____

Aktuelle Erkrankung

Symptombeginn von _ _ / _ _ / 20 _ _ bis _ _ / _ _ / 20 _ _

Zeckenstich bekannt? ☐ ja ☐ nein Falls ja, Datum Stich _ _ / _ _ / 20 _ _

Allgemeinsymptome

☐ Fieber _ _ , _ °C ☐ Gelenkschmerzen ☐ Abgeschlagenheit

☐ Kopfschmerzen ☐ Muskelschmerzen

☐ Sonstige, welche _____

Dermatologische Symptomatik

☐ Erythema migrans, größter Durchmesser ca. _ _ cm

Lokalisationen, bitte auf Vorlage (Extrablatt) einzeichnen

☐ Sonstiges _____

Lokalisationen, bitte auf Vorlage (Extrablatt) einzeichnen

Neurologische Symptomatik

☐ Radikuloneuritis ☐ Hirnnervenlähmung, welche _____

☐ Meningitis ☐ Sonstiges _____

Arthritische Symptomatik

☐ Mon- /Oligoarthitis großer Gelenke (mit Erguss)

Arthritiden anderer Genese ausgeschlossen ☐ ja ☐ nein

☐ Sonstiges_____

Lfd. Nr.: 00001

Laboruntersuchung

wenn möglich **anonymisierte Kopien der Laborbefunde** beilegen, **oder**

Serologischer Nachweis Entnahmedatum Untersuchungsmaterial _ _ / _ _ / 20 _ _

☐ Spezifisches **IgG**	Suchtest	z.B. ELISA	☐ pos	☐ neg	☐ grenzwertig
	Bestätigungstest	z.B. Immunoblot	☐ pos	☐ neg	☐ grenzwertig
☐ Spezifisches **IgM**	Suchtest	z.B. ELISA	☐ pos	☐ neg	☐ grenzwertig
	Bestätigungstest	z.B. Immunoblot	☐ pos	☐ neg	☐ grenzwertig

Erregernachweis Entnahmedatum Untersuchungsmaterial _ _ / _ _ / 20 _ _

Erregerisolierung (kulturell) aus

☐ Liquor ☐ Haut ☐ Gelenkpunktat ☐ Sonstiges_____

Nukleinsäure-Nachweis (PCR) aus

☐ Liquor ☐ Haut ☐ Gelenkpunktat ☐ Sonstiges_____

Bei neurologischer Symptomatik Entnahmedatum Untersuchungsmaterial _ _ / _ _ / 20 _ _

Liquor: Zellzahl_____ Pleocytose: ☐ granulozytär ☐ lymphozytär

Borrelien-spezifischer Liquor/Serumindex erhöht ☐ IgG ☐ IgM

Nachweis oligoklonaler liquorspezifischer Banden ☐ pos ☐ neg ☐ unbekannt

Nachweis von CXCL13 ☐ pos ☐ neg ☐ unbekannt

Sonstiges _____

Behandlung ☐ ja ☐ nein

falls ja:

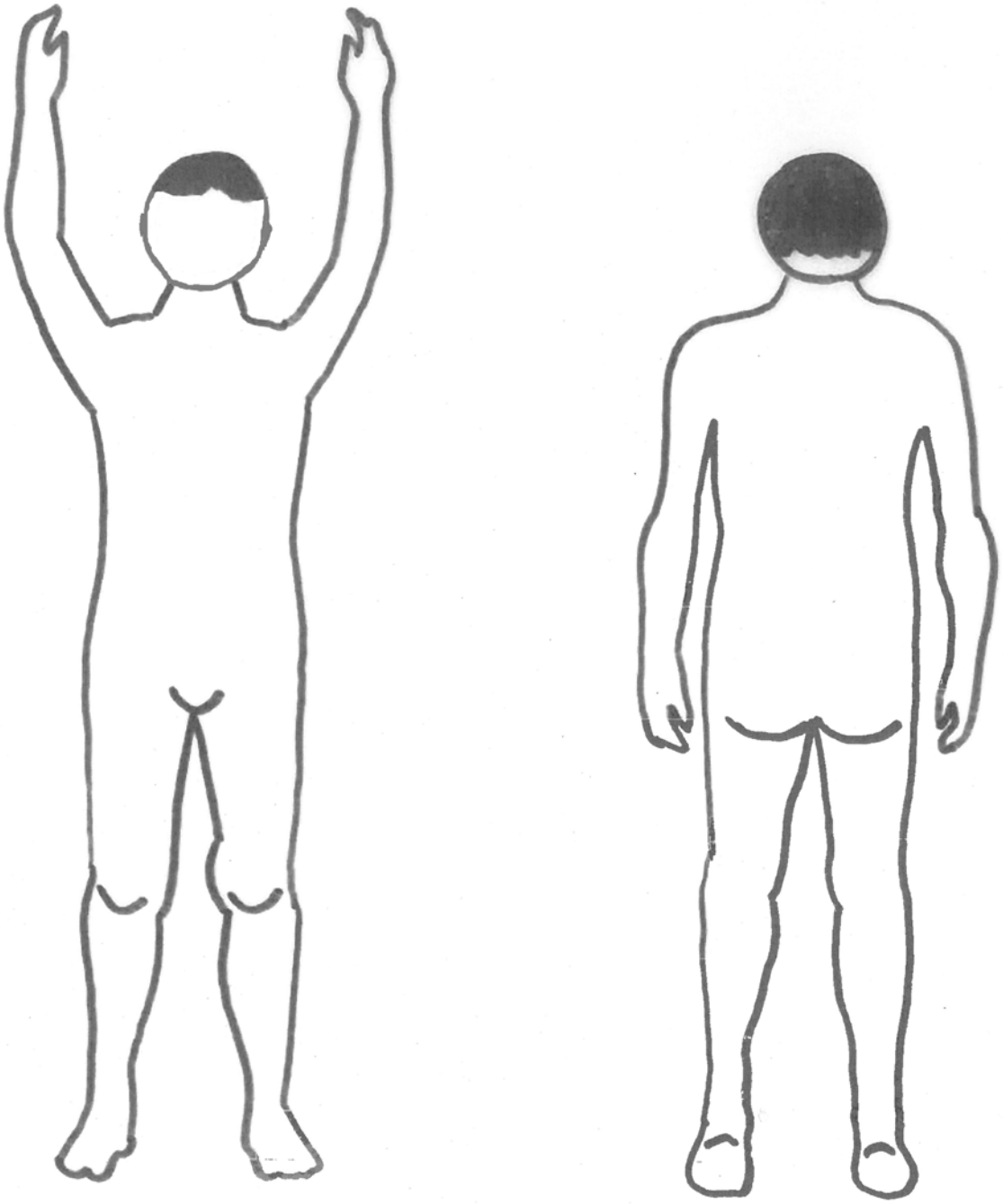
Behandlungsbeginn _ _ / _ _ / 20 _ _ Behandlungsdauer (gesamt)_____Tage

Name des Antibiotikums _____ Wirkstoff_____

Tagesdosis _____mg Gabe: ☐ 1mal- ☐ 2mal- ☐ 3mal- ☐ 4mal-täglich

Gegebenenfalls Therapiewechsel ☐ ja ☐ nein

Sonstiges_____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Engagement!!!

Lfd. Nr.: 00001