

Wien, 01.03.2021

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Durchführung von COVID-19 Tests durch Zahnärzte und Zahnärztinnen

Wir dürfen Ihnen hier eine Information der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK) geben:

Ab sofort gilt folgende gesetzliche Regelung zu COVID-19-Tests durch Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie ZAss:

- **Zahnärztinnen und Zahnärzte** sind nunmehr auch **ohne ärztliche Anordnung** berechtigt, **Abstriche aus Nase und Rachen** einschließlich Point-of-care-COVID-19-Antigen-Tests zu diagnostischen Zwecken **durchzuführen**. Dabei gilt die Meldepflicht nach § 2 Epidemiegesetz.
- **Zahnärztliche Assistentinnen** dürfen diese Tätigkeiten ebenfalls durchführen, allerdings nur **unter der Bedingung**, dass eine entsprechende **Einschulung** durch einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin erfolgte und dass eine **zahnärztliche Anordnung** und **Aufsicht** vorliegen.

Inhaltlich bedeutet dies, dass damit die **Rechtsmeinung der Österreichischen Zahnärztekammer bestätigt** wurde, dass zur Durchführung dieser Tätigkeiten ohne ärztliche Anordnung und Aufsicht eine berufsrechtliche Ermächtigung notwendig ist.

Aus Sicht der ÖZÄK ist es bedauerlich, dass die Politik so lange für diese Klarstellung gebraucht hat und damit unnötigerweise von verschiedenen befragten Stellen in der Vergangenheit immer wieder verwirrende und unklare Aussagen getätigt wurden. Umso besser, dass die Interventionen der ÖZÄK hier Klarheit zu schaffen, endlich **zum Erfolg geführt** haben!

Mit dieser Neuregelung **entfällt** auch die bisherige Verpflichtung, alle durchgeführten Tests (positive und negative) in das epidemiologische Meldesystem (EMS) **online melden** zu müssen. Stattdessen ist nur mehr die Meldung von **positiven** Tests an die Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt) notwendig. Gemäß § 2 Epidemiegesetz hat dies binnen 24 Stunden zu erfolgen.

Anbei sowie auf unserer Homepage unter <https://wr.zahnaerztekammer.at> finden Sie folgende Formulare:

- **Zeugnis über den SARS-CoV-2 Infektionsstatus** - damit können nunmehr auch Zahnärzte und Zahnärztinnen die Durchführung von Antigen-Tests bescheinigen.
- **Meldeformular** gemäß § 2 Epidemiegesetz - mit diesem ist die Gesundheitsbehörde **umgehend** (längstens aber binnen 24 Stunden) über positive Tests zu informieren.

Information zu den mit der Durchführung von Tests verbundenen Kosten:

Die Durchführung von Antigen-Tests an Drittpersonen (Patienten und Patientinnen) stellt grundsätzlich eine **zahnärztliche Privatleistung** dar. Die ÖZÄK hat dazu einen **AHR-Empfehlungstarif** ausgearbeitet, der allerdings erst vom **Gesundheitsminister zu genehmigen** ist. In der Zwischenzeit handelt es sich hierbei um einen Anwendungsfall einer

freien Honorarvereinbarung mit Ihren Patienten (Hinweis: in mehreren Bundesländern gibt es für **Ärzte** bereits einen Honorartarif für die Durchführung von Tests, dieser beträgt etwa in Oberösterreich und Tirol € 65,- pro Test).

Sobald der Gesundheitsminister dem von der Österreichischen Zahnärztekammer vorgeschlagenen Tarif zugestimmt hat, werden wir Sie selbstverständlich informieren.

Die in zahnärztlichen Ordinationen verpflichtend alle sieben Tage durchzuführenden Tests **für das gesamte Ordinationspersonal** stellen eine arbeitsrechtliche Verpflichtung dar. Wie in **allen anderen österreichischen Betrieben** gibt es dafür eine staatliche Subvention erst dann, wenn **mindestens 50 Personen** im jeweiligen Betrieb angestellt sind!

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

MR Dr. Franz Hastermann
Referat für technische Betriebsauflagen und Qualitätssicherung

MR DDr. Claudius Ratschew
Präsident

Patient*in (Name, Vorname) Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer: Adresse: Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Erkrankung (nicht alle klinischen Kriterien* müssen erfüllt sein) <input type="checkbox"/> Erkrankung (klinische Kriterien* erfüllt und Laborbestätigung liegt vor) Erkrankungsdatum: Diagnosedatum: <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum: <input type="checkbox"/> Ausscheider*in	
<input type="checkbox"/> Amöbenruhr ¹ <input type="checkbox"/> Anthrax/Milzbrand ¹ <input type="checkbox"/> Aviäre Influenza/ Vogelgrippe (A/H5N1-Infektion) ¹ <input type="checkbox"/> Botulismus ¹ <input type="checkbox"/> Brucellose ² <input type="checkbox"/> Campylobacteriose ¹ <input type="checkbox"/> Chikungunya-Fieber ² <input type="checkbox"/> Cholera ¹ <input type="checkbox"/> <i>Clostridioides difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform ² <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber ² <input type="checkbox"/> Dengue-Fieber, schwere Verlaufsform <input type="checkbox"/> Diphtherie ² <input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie <input type="checkbox"/> Echinokokkose durch Fuchsbandwurm ¹ <input type="checkbox"/> Echinokokkose durch Hundebandwurm ¹ <input type="checkbox"/> Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ² <input type="checkbox"/> Gelbfieber ¹ <input type="checkbox"/> Invasive <i>Haemophilus influenzae</i> -Erkrankung ² <input type="checkbox"/> Epiglottitis <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Meningitis UND Sepsis <input type="checkbox"/> Osteomyelitis/septische Arthritis <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, viral ¹ ; Erreger: _____ <input type="checkbox"/> Hanta-Virus-Infektion ² <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis B-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis C-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis D-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Hepatitis E-Virus Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingte Intoxikation <input type="checkbox"/> <i>S.aureus</i> <input type="checkbox"/> <i>B. cereus</i> <input type="checkbox"/> <i>C. perfringens</i> ¹ <input type="checkbox"/> Legionärskrankheit ² <input type="checkbox"/> Lepra ¹ <input type="checkbox"/> Leptospirose ¹ <input type="checkbox"/> Listeriose ¹ <input type="checkbox"/> Malaria ² <input type="checkbox"/> Masern ¹ Exanthem-Beginn: _____ <input type="checkbox"/> Invasive Meningokokken-Erkrankung ² <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Meningitis UND Sepsis <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Sepsis OHNE Meningitis <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> MERS-CoV Infektion ¹	<input type="checkbox"/> Norovirus-Infektion, lebensmittelbedingt ¹ <input type="checkbox"/> Paratyphus ¹ <input type="checkbox"/> Pertussis/ Keuchhusten ² <input type="checkbox"/> Pest ¹ <input type="checkbox"/> Pocken ¹ <input type="checkbox"/> Poliomyelitis/ Kinderlähmung ¹ <input type="checkbox"/> Invasive Pneumokokken-Erkrankung ² <input type="checkbox"/> Bakteriämische Pneumonie <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Meningitis UND Sepsis <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Psittakose ¹ <input type="checkbox"/> Puerperalfieber ¹ <input type="checkbox"/> Rickettsiose durch <i>R. prowazekii</i> ¹ <input type="checkbox"/> Röteln ² <input type="checkbox"/> Rötelnembryopathie ² <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion, lebensmittelbedingt ¹ <input type="checkbox"/> Rotz/ Malleus ¹ <input type="checkbox"/> Rückfallfieber ² <input type="checkbox"/> Salmonellose ¹ <input type="checkbox"/> SARS/ schweres akutes respiratorisches Syndrom ¹ <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Infektion ¹ <input type="checkbox"/> Antigennachweis <input type="checkbox"/> PCR-RNA <input type="checkbox"/> LAMP-RNA <input type="checkbox"/> Scharlach ² <input type="checkbox"/> Shigellose ¹ <input type="checkbox"/> STEC/VTEC-Infektion (Shigatoxin-bildende <i>E.coli</i>) ¹ <input type="checkbox"/> HUS <input type="checkbox"/> Tollwut/ Wutkrankheit ¹ <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche; durch Bissverletzung ¹ <input type="checkbox"/> Trachom ² <input type="checkbox"/> Transmissible spongiforme Enzephalopathie, human ¹ <input type="checkbox"/> Trichinose/ Trichinellose ² <input type="checkbox"/> Tularämie ¹ <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis ¹ <input type="checkbox"/> Varizellen-Meningoenzephalitis ² <input type="checkbox"/> West-Nil-Fieber ² <input type="checkbox"/> Yersiniose ¹ <input type="checkbox"/> Zika-Virus-Infektion ² <input type="checkbox"/> angeborene Zika-Virus-Infektion ² <input type="checkbox"/> Sonstige bakterielle lebensmittelbedingte Erkrankung ¹ <input type="checkbox"/> Sonstige <i>E. coli</i> -Enteritis (ETEC, EIEC, EPEC, EaggEC), lebensmittelbeding ¹ <input type="checkbox"/> Sonstige invasive bakterielle Erkrankung (Meningitis, Sepsis) ² <input type="checkbox"/> Sonstige virale lebensmittelbedingte Erkrankung ¹ <input type="checkbox"/> Sonstige virusbedingte Meningoenzephalitis ² Angabe des Erregers wenn unter „Sonstige“: _____	
<input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> geimpft, aber Intervall überzogen Anzahl erhaltener Impfdosen: _____ Datum der letzten Impfung: _____ Impfstoff (Produktname): _____ <input type="checkbox"/> nicht geimpft		
<input type="checkbox"/> Patient*in ist in medizinischen Einrichtungen tätig <input type="checkbox"/> Patient*in ist in Lebensmittel verarbeitenden Einrichtungen tätig <input type="checkbox"/> Patient*in ist in einer Gemeinschaftseinrichtung tätig, z.B. Kindergarten, Schule, Pflegeheim, sonstige Massenunterkünfte <input type="checkbox"/> Patient*in wird in einer Gemeinschaftseinrichtung/gesundheitsversorgender Einrichtung betreut <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt Reiseland: _____ Aufenthaltsperiode: von _____ bis _____		
Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenanstalt, Adresse, Telefonnummer):	Meldedatum:	An die Bezirksverwaltungsbehörde-Gesundheitsamt:

¹Verdacht, Erkrankung und Tod meldepflichtig; ²Erkrankung und Tod meldepflichtig.³Klinische Kriterien der Surveillance-Falldefinition, u.a. nach Durchführungsbeschluss 2018/945 der EU-Kommission vom 22. Juni 2018; siehe Rückseite. Falls keine klinischen Kriterien angegeben, siehe oben.

Amöbenruhr

Intestinale Amöbose: Mindestens eines der folgenden Symptome: (blutig-schleimiger) Durchfall; Entzündung des Dickdarms
Extraintestinale Amöbose (Amöbenleberabszess): Mindestens eines der folgenden Symptome: Schmerzen im rechten Oberbauch; extraintestinale Abszesse (pathologische Leberparenchymveränderungen)

Anthrax/Milzbrand

Hautmilzbrand, Gastrointestinalmilzbrand, Lungenmilzbrand, Meningitis/Meningoenzephalitis-Milzbrand, Septikämischer Milzbrand

Aviäre Influenza/Vogelgrippe

Mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber UND Anzeichen und Symptome einer akuten Atemwegsinfektion; Tod durch unerklärliche akute Atemwegserkrankung

Botulismus

Lebensmittel- und Wundbotulismus: Mindestens einer der beiden Symptome: beidseitige Schädigung der Hirnnerven (z.B. Diplopie, verschwommene Sicht, Dysphagie, bulbäre Schwäche); periphere symmetrische Lähmung
Botulismus bei Kleinkindern: Jedes Kleinkind mit mindestens einem der folgenden Symptome: Verstopfung; Lethargie; Stillprobleme; Ptosis; Dysphagie; allgemeine Muskelschwäche

Brucellose

Fieber UND mindestens eines der folgenden Symptome: Schweißausbrüche (profus, überfliegend, vor allem nachts); Schüttelfrost; Arthralgie; Schwächegefühl; Depression; Kopfschmerzen; Anorexie

Campylobacteriose

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Bauchschmerzen; Fieber

Chikungunya-Fieber

Akuter Fieberbeginn >38,5°C UND schwere Arthralgie, die nicht durch eine andere Krankheit erklärt werden kann

Cholera

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Erbrechen

Clostridioides difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform

Mindestens eines der drei folgenden Kriterien: Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation aufgrund einer CDI oder ihrer Komplikationen; Durchführung eines chirurgischen Eingriffs (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, Darmperforation od. Therapie-refraktären Kolitis; Tod innerhalb von 10 Tagen nach Diagnosestellung einer CDI und Wertung der CDI als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung

Dengue-Fieber

Eine der 3 klinischen Manifestationen: Fieber (*Denguefieber*); schwere Verlaufsform: Fieber UND hämorrhagische Verlaufsform (*hämorrhagisches Denguefieber*); Fieber UND hämorrhagische Verlaufsform UND Herz-/Kreislaufversagen (*Dengue-Schock-Syndrom*)

Diphtherie

Mindestens eine der folgenden klinischen Manifestationen: **Klassische respiratorische Diphtherie:** Erkrankung der oberen Atemwege mit Laryngitis/Nasopharyngitis/Tonsillitis UND eine adhärenente Membran/Pseudomembran;
Milde respiratorische Diphtherie: Erkrankung der oberen Atemwege mit Laryngitis/Nasopharyngitis/Tonsillitis ohne adhärenente Membran/Pseudomembran;
Hautdiphtherie: Hautläsion;
Sonstige Diphtherie: Läsion der Augenbindehaut oder der Schleimhäute

Echinokokkose/Hundebandwurm/Fuchsbandwurm

Klinische Kriterien für Überwachungszwecke irrelevant

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Symptome eines entzündeten ZNS, z.B. Meningitis; Meningoenzephalitis; Enzephalomyelitis; Enzephaloradikulitis

Gelbfieber

Fieber UND mindestens einer der beiden folgenden Symptome: Gelbsucht, generalisierte Blutungen

Invasive Haemophilus influenzae-Erkrankung

Hämorrhagisches Fieber, viral (Ebola, Krim-Kongo-, Marburg-, Lassa-Fieber und andere):

Gegenwärtig od. vor dem Ableben folgende Symptome: Fieber ≥ 38,6°C UND zumindest eines der folgenden Symptome: Starke Kopfschmerzen; Pharyngitis; Erbrechen; Durchfall; Bauchschmerzen; Blutungen; Multi-Organversagen ODER plötzlicher und unerklärlicher Tod

Hanta-Virus-Infektion

Mindestens eines der folgenden klinischen Manifestationen:

- (1) Fieber;
- (2) hämorrhagische Verlaufsform (*Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom* (HFRS));
- (3) Nierenfunktionsstörung;
- (4) mindestens zwei der folgenden Symptome: Durchfall; Dyspnoe; Herz-/Kreislaufversagen; (*Hantavirus-induziertes kardio-pulmonales Syndrom* (HCPS)); Husten; Lungeninfiltrate (*Hantavirus-induziertes pulmonales Syndrom* (HPS)); Kopfschmerzen; Muskel-, Glieder- oder Rückenschmerzen; neu aufgetretene Myopie („Verschwommensehen“); Übelkeit oder Erbrechen

Hepatitis, akut – gilt für HAV, HBV, HCV-, HDV-, HEV-Infektion

Symptome wie Müdigkeit; Bauchschmerzen; Appetitverlust; zeitweilige Übelkeit und Erbrechen) UND mindestens eines der

folgenden Symptome: Fieber; Gelbsucht; erhöhte Serum-Aminotransferase-Aktivität

Hepatitis, chronisch – gilt für HBV-, HCV-, HDV-Infektion

Klinische Kriterien für Überwachungszwecke irrelevant

Legionärskrankheit

Radiologische / klinische Pneumonie

Lepra

Mindestens eine der vier folgenden klinischen Manifestationen:

Indeterminierte Lepra: Einzelne, hypopigmentierte, makulöse (fleckige) Hautläsionen
Tuberkuloide Lepra: Vorliegen der beiden folgenden Symptome: einzelne, abgegrenzte, hypopigmentierte, am Rande papulös erhabene, sensibilitätsgestörte Hautareale; verdickte periphere Hautnerven
Lepromatöse Lepra: Definiert als Vorliegen einer der beiden folgenden Symptome: zahlreiche beidseitig, symmetrisch angeordnete makulopapulöse (fleckig-erhabene) Läsionen der Haut oder Schleimhaut der oberen Atemwege; knotig-flächenhafte Hautinfiltrationen
Borderline Lepra: Mindestens je eines der Symptome der tuberkuloiden und lepromatösen Form

Leptospirose

Fieber ODER mindestens zwei der folgenden Symptome: Schüttelfrost; Kopfschmerzen; Myalgie; Bindehautsuffusion; Haut- und Schleimhauteinblutungen; Exanthem; Gelbsucht; Myokarditis; Meningitis; Nierenfunktionsstörung; Hämoptysen

Listeriose

Mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber; Meningitis oder Meningoenzephalitis oder Enzephalitis; grippeähnliche Symptome; Sepsis; lokalisierte Infektionen wie Arthritis, Endokarditis, Endophthalmitis, Abszesse
Listeriose in der Schwangerschaft: Spontanabort; Fehlgeburt; Totgeburt (fotaler Tod nach 20. SSW); Frühgeburt (vor 37. SSW)
Neugeborenen-Listeriose: mindestens eines der folgenden Symptome im ersten Lebensmonat: Meningitis oder Meningoenzephalitis; Sepsis; Dyspnoe; Granulomatosis infantiseptica; Haut-, Schleimhaut- oder Bindehautläsionen

Malaria

Fieber ODER Fieber in der Anamnese

Masern

Fieber UND makulopapulöses Exanthem UND mindestens eines der folgenden Symptome: Husten, Schnupfen, Konjunktivitis

Invasive Meningokokken-Erkrankung

MERS-CoV Infektion

Akutes respiratorisches Syndrom (mit oder ohne Fieber, mit oder ohne Husten), bei dem basierend auf klinischen, radiologischen od. histopathologischen Hinweisen auf ein entzündliches Infiltrat der Verdacht besteht, dass die unteren Atemwege betroffen sind (z.B. Pneumonie oder akutes Atemnotsyndrom)

Norovirus-Infektion, lebensmittelbedingt

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Erbrechen

Pertussis/Keuchhusten

Mindestens zwei Wochen anhaltender Husten UND mindestens eines der folgenden Symptome: Hustenanfälle; Keuchen beim Einatmen; posttussives Erbrechen ODER ärztliche Keuchhusten-Diagnose ODER Apnoe-Episoden bei Kleinkindern

Pest

Mindestens einer der folgenden klinischen Manifestationen: **Beulenpest:** Fieber UND plötzliches Auftreten schmerzhafter Lymphadenitis;
Pestsepsis: Fieber
Lungenpest: Fieber UND mindestens eines der folgenden Symptome: Husten; Brustschmerzen; Hämoptysen

Invasive Pneumokokken-Erkrankung

Pocken

Fieber UND Bläschen oder feste Pusteln im gleichen Entwicklungsstadium mit zentrifugaler Verteilung ODER Fieber UND atypisches Erscheinungsbild (mindestens eines der folgenden Symptome: hämorrhagische Läsionen; flache samtige Läsionen, die nicht zu Bläschen fortschreiten; Variola sine eruptione; milderer Typ)

Poliomyelitis/Kinderlähmung

Akute schlaffe Parese < 15a ODER sonstiger Polioverdacht

Psittakose

Mindestens eines der folgenden Kriterien: Pneumonie; Endo- oder Myokarditis; oder mindestens zwei der fünf folgenden Symptome: Fieber, Hepatosplenomegalie, Hepatitiszeichen, Husten, Kopfschmerzen

Rickettsiose

Fieber

Röteln

Plötzliches Auftreten eines generalisierten makulopapulösen Exanthems UND mindestens einer der folgenden Symptome: zervikale Adenopathie; subokzipitale Adenopathie; postaurikuläre Adenopathie; Arthralgie; Arthritis

Rötelnembryopathie (CRS)

Jedes Kleinkind unter 1a oder jedes Totgeborene mit mindestens zwei der unter Kategorie A angeführten Befunde ODER einem Befund der Kategorie A und einem der Kategorie B:
Kategorie A: Katarakt(e); angeborenes Glaukom; angeborene Herzkrankheit; Gehörverlust; Retinopathie pigmentosa
Kategorie B: Purpura; Splenomegalie; Mikrozephalie; Entwicklungsverzögerung; Meningoenzephalitis; Atrophie der

Knochen mit vermehrter Strahlendurchlässigkeit; Gelbsucht innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt

Rotavirus-Infektion, lebensmittelbedingt

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Erbrechen

Rotz/Malleus

Mindestens eines der folgenden Symptome: Appetitlosigkeit; Fieber mit Schüttelfrost; Myalgien/Althralgien in Kopf und Brust; Nasensekretion; Lichtempfindlichkeit

Rückfallfieber

Fieber

Salmonellose

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Fieber; Bauchschmerzen; Erbrechen

SARS

Akutes Fieber oder Fieber in der Anamnese UND mindestens eines der folgenden Symptome: Husten; Atembeschwerden; Kurzatmigkeit UND mindestens einem der folgenden Befunde: radiologischer Pneumonie-Nachweis; radiologischer Nachweis des akuten respiratorischen Distress-Syndroms; Autopsiebefund Pneumonie; Autopsiebefund des akuten respiratorischen Distress-Syndroms UND Fehlen einer alternativen Diagnose

SARS-CoV2-Infektion

Klinischer Verdacht: Jede Form einer akuten respiratorischen Infektion (mit oder ohne Fieber) mit mind. einem der folgenden Symptome, für das es keine andere plausible Ursache gibt: Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes

Scharlach

Mindestens eines der folgenden Symptome: Pharyngitis; Impetigo/Pyodermie; Wundinfektion; septisches Krankheitsbild UND feinfleckiges Exanthem (makulopapulös) UND mindestens eines der folgenden Symptome: fleckiges Exanthem am weichen Gaumen; Himbeer- oder Erdbeerzunge; Abschuppen der Haut bei Abheilung des Exanthems unter Betonung der palmoplantaren Bereiche

Shigellose

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Fieber; Erbrechen; Bauchschmerzen

STEC/VTEC-Infektion

Mindestens eines der folgenden Symptome: Durchfall; Bauchschmerzen. **HUS:** akutes Nierenversagen UND mikroangiopathische hämolytische Anämie und/oder Thrombozytopenie

Tollwut/Wutkrankheit

Akute Enzephalomyelitis UND mindestens zwei der folgenden Symptome: sensorische Veränderungen im Zusammenhang mit einem Tierbiss an der Bissstelle; Parese oder Paralyse; Krämpfe der Schluckmuskeln; Hydrophobie; Delirium; Krämpfe; Angstzustände

Trachom/ägyptische Körnerkrankheit

Klinische Zeichen einer follikulären Konjunktivitis (Akutphase), Entropion und Trichiasis (Spätstadium)

Transmissible spongiforme Enzephalopathien, human

sCJD, gCJD, erworbene CJD

Trichinose/Trichinellose

Mindestens drei der folgenden Symptome: Fieber; Muskelschmerzen; Durchfall; Gesichtssödem; Eosinophilie, subkonjunktivale, subunguale und retinale Blutungen

Tularämie

Mindestens eines der folgenden klinischen Manifestationen: **Ulceroglanduläre Tularämie:** kutaner Ulkus UND regionale Lymphadenopathie
Glanduläre Tularämie: vergrößerte und schmerzhaft Lymphknoten ohne erkennbaren Ulkus
Okuloglanduläre Tularämie: Konjunktivitis UND regionale Lymphadenopathie
Oropharyngeale Tularämie: zervikale Lymphadenopathie UND mind. einer der folgenden Befunde: Stomatitis; Pharyngitis; Tonsillitis
Intestinale Tularämie: mindestens eines der folgenden Symptome: Bauchschmerzen; Erbrechen; Durchfall
Pulmonäre Tularämie: Pneumonie
Typhoidale Tularämie: mind. eines der folgenden Symptome: Fieber ohne frühe Lokalisierungsanzeichen und -symptome; Sepsis

Typhus/Paratyphus

Anhaltendes Fieber ODER mindestens zwei der folgenden Symptome: Kopfschmerzen; relative Bradykardie; Husten ohne Auswurf; Durchfall; Verstopfung; Unwohlsein oder Bauchschmerzen

West-Nil-Fieber

Mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber, Enzephalitis, Meningitis. Bei asymptomatischer Infektion klinische Kriterien irrelevant

Yersiniose

Mindestens eines der folgenden Symptome: Fieber; Durchfall; Erbrechen; Bauchschmerzen (Pseudoappendizitis); Stuhlzwang

Zika-Virus-Infektion

Hautausschlag UND eines der folgenden Symptome: Fieber, makulopapulöser Hautausschlag, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Konjunktivitis, GBS

Angeborene Zika-Virus-Infektion

Mikrozephalie, intrazerebrale Verkalkungen, sonstige Störungen des ZNS bei Föten oder Neugeborenen

Zeugnis

über den SARS-CoV-2 Infektionsstatus

Es wird bescheinigt, dass Herr/Frau
(Name des*der Patient*in), (Sozialversicherungsnummer) auf
das Vorliegen von SARS-CoV-2 mittels CE-zertifiziertem Antigentest am
.....(Datum) um (Uhrzeit) getestet wurde.

Infektionsstatus zum Zeitpunkt der Testung

SARS-CoV-2 positiv negativ

.....
Unterschrift/Stempel bescheinigende*r Zahnärzt*in

.....
Datum