

# Muster-Dokumentationsbogen zur ärztlichen Erstuntersuchung von Asylsuchenden gemäß § 62 AsylG und § 36 IfSG

ID-Nr: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Derzeit wohnhaft: \_\_\_\_\_

Handynummer (freiwillige Angabe!) \_\_\_\_\_

Geschlecht: Männlich  Weiblich  Schwanger?  nein  ja, SSW: \_\_ Unbekannt

IMPFSSTATUS	Ja	Nein
Impfpass vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfangebot nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kürzel Arzt: \_\_\_\_\_

SPEZIFISCHE AKTUELLE ANAMNESE									
		Ja	Beginn	Nein		Ja	Beginn	Nein	
	Husten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Durchfall	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Auswurf	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Erbrechen/Übelkeit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Eitrig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Hautausschlag	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Blutig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Juckreiz	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Begleit-Symptomatik									
		Ja	Beginn	Nein		Ja	Beginn	Nein	
	Appetitmangel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Allgemeine Schwäche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Fieber	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
KÖRPERLICHER UNTERSUCHUNGSBEFUND									
		Ja						Nein	
	Fieber	<input type="checkbox"/>	Temperatur		°C			<input type="checkbox"/>	
	Anhalt für akute Masern oder Windpocken	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	
	Anhalt für Skabies	<input type="checkbox"/>	Behandlung begonnen?	<input type="checkbox"/>	Datum			<input type="checkbox"/>	
	Anhalt für Kopflausbefall (bei anam. Hinweisen)	<input type="checkbox"/>	Behandlung begonnen?	<input type="checkbox"/>	Datum			<input type="checkbox"/>	

Kürzel Arzt: \_\_\_\_\_

**Hinweise für den Arzt/ die durchführende Stelle:** Gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) müssen Asylsuchende die eine körperliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten dulden, um Übertragungen in Gemeinschaftsunterkünften vorzubeugen und ggf. spezifische Behandlungen übertragbarer Erkrankungen einzuleiten zu können. Dieses Formular definiert und dokumentiert die Durchführung eines **Mindeststandards**, der aus Sicht des RKI im Sinne des Infektionsschutzes vor oder unverzüglich nach Aufnahme in die Gemeinschaftsunterkunft indiziert ist. Die Untersuchung auf übertragbare Erkrankungen muss bei positivem Befund an ein gleichzeitiges Therapieangebot und die Einleitung erforderlicher Infektionsschutzmaßnahmen gekoppelt sein. Die Ergebnisse der Untersuchung sollten keinen Einfluss auf das Asylverfahren haben.

Die individuellen Untersuchungsbefunde verbleiben bei den ärztlichen Unterlagen der durchführenden Stelle und werden dem Asylsuchenden in Kopie ausgehändigt. Sie sind nicht zur Weitergabe an Dritte vorgesehen.

1. Ausfüllen und Bescheinigung auf Seite 2 unterschreiben
2. Beidseitig kopieren und die Kopie dem/der Untersuchten für die persönlichen Unterlagen mitgeben
3. Bescheinigung zur Vorlage bei der Einrichtung vom Original abtrennen und mitgeben
4. Verbleibenden Teil des Originals mit Kürzel versehen, spätere Befunde dokumentieren und archivieren

TB-SPEZIFISCHE DIAGNOSTIK		Veranlasst	Datum		Ergebnis		
					Auffällig	Unklar	Ohne pathol. Befund
	Röntgen-Thorax (in einer Ebene)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ggf. Kontroll-Röntgen-Thorax	<input type="checkbox"/>	In 3 Monaten <input type="checkbox"/>	In 6 Monaten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ggf. CT-Thorax	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ggf. IGRA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ggf. Tuberkulin-Hauttest	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ggf. Sputum-Mikroskopie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kürzel Arzt: \_\_\_\_\_

### Notizen

Kürzel Arzt: \_\_\_\_\_

-----✂-----  
**BESCHEINIGUNG zur Vorlage bei der Gemeinschaftsunterkunft  
über die ärztliche Untersuchung gemäß § 62 AsylG und § 36 IfSG**

Herr / Frau Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wurde am \_\_\_\_\_ auf Grund des §62 des AsylG und §36 IfSG ärztlich untersucht.

Soweit sich nach der Durchführung der verpflichtenden Untersuchung erkennen lässt bestehen aus Sicht des Infektionsschutzes medizinische Bedenken gegen die Unterbringung in einer Gemeinschaftseinrichtung: Ja  Nein  Vorbehaltlich ausstehender Befunde

Ein Impfangebot ist nötig: Ja  Nein

Das Untersuchungsergebnis ist dem Untersuchten mitgeteilt worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Arzt / Ärztin

.....  
Stempel Arzt/Ärztin