

Anamnese für Untersuchungen gem. §36 (4) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
MID: <small>multiple-identity-detector</small>	AZR: <small>Aktenzeichen Ausländerzentralregister</small>

Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit -in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

Waren Sie schon an einer Tuberkulose erkrankt? ja nein
 Wenn ja, wann? _____

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? ja nein
 Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja nein
 Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? ja nein
 Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? ja nein
 Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? ja nein
 Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja nein
 Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (>38°C)? ja nein
 Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt?
 ja nein
 Wenn ja, wann? _____ Gab es Auffälligkeiten? ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja nein
 Wenn ja, wann? _____ Wie war das Ergebnis des Tests? positiv negativ
 Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest Bluttest

Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja nein
 Wenn ja, wann? _____
 Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja nein

Haben Sie eine Tuberkulose- (BCG-) Impfung erhalten? ja nein

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung?
 ja nein weiß ich nicht ja nein
 Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z.B. Kortison)?
 ja nein weiß ich nicht ja nein

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein
 Wann ist der Entbindungstermin: _____

Datum:

Unterschrift:

Name und Unterschrift Eltern/Betreuer:
