

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

Анамнез для обстежень відповідно до §36 (4) Закону «Про запобігання та контроль інфекційних захворювань у людей» (Закон про захист від інфекцій - IfSG)

| | |
|---|---|
| Vorname: <i>Ім'я</i> | Nachname: <i>Прізвище</i> |
| Geburtsdatum: <i>Дата народження:</i> | Geschlecht: O w O m O d <i>Стать: ж ч і</i> |
| Adresse: <i>Адреса</i> | |
| Telefonnummer: <i>Номер телефону</i> | |
| E-Mail-Adresse: <i>E-Mail-адреса</i> | |
| MID: multiple-identity-detector <i>множинний детектор ідентифікації</i> | AZR: Aktenzeichen Ausländerzentralregister <i>Номер справи Центрального реєстру іноземців</i> |

Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit -in arabischen Ziffern eintragen. Danke!
Будь ласка, усі дати пишуть по можливості арабськими цифрами. Дякуємо!

- Waren Sie schon an einer Tuberkuloseerkrankt? O ja O nein
Чи хворіли Ви на туберкульоз? *так ні*
- Wenn ja, wann? _____
Якщо так, коли?
- Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? O ja O nein
Чи був у вас кашель протягом останніх 2 тижнів або більше? *так ні*
- Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? O ja O nein
Чи є у вас мокрота з кров'ю під час кашлю? *так ні*
- Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? O ja O nein
Чи були у Вас проблеми з диханням протягом останніх 2 тижнів або більше? *так ні*
- Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? O ja O nein
Чи втратили Ви вагу протягом останніх місяців? *так ні*
- Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? O ja O nein
Чи є у вас болючі ущільнення на шиї або під пахвами? *так ні*
- Leiden Sie unter Nachtschweiß? O ja O nein
Ви страждаєте від нічної пітливості? *так ні*
- Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (>38°C)? O ja O nein
Чи є у вас підвищення температури (>38°C)? *так ні*
- Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? O ja O nein
Хтось з Вашої родини має перераховані вище скарги? *так ні*
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? O ja O nein
Чи робили Вам коли-небудь рентген легенів? *так ні*
- Wenn ja, wann? _____
Якщо так, коли?

| | | |
|--|--|--|
| Gab es Auffälligkeiten? <i>Чи були якісь відхилення?</i> | <input type="radio"/> ja <i>так</i> | <input type="radio"/> nein <i>ні</i> |
| Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? <i>Чи здавали Ви колись аналізи на туберкульоз?</i> | <input type="radio"/> ja <i>так</i> | <input type="radio"/> nein <i>ні</i> |
| Wenn ja, wann? _____ <i>Якщо так, коли?</i> | | |
| Wie war das Ergebnis des Tests? <i>Який був результат?</i> | <input type="radio"/> positiv <i>позитивний</i> | <input type="radio"/> negativ <i>негативний</i> |
| Welcher Art von Test wurde durchgeführt? <i>Тип аналізів?</i> | <input type="radio"/> Hauttest <i>Аналіз шкіри</i> | <input type="radio"/> Bluttest <i>Аналіз крові</i> |
| Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? <i>Чи були у Вас контакти з хворими на туберкульоз?</i> | <input type="radio"/> ja <i>так</i> | <input type="radio"/> nein <i>ні</i> |
| Wenn ja, wann? _____ <i>Якщо так, коли?</i> | | |
| Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? <i>Чи працювали Ви колись у лікарні / амбулаторії?</i> | <input type="radio"/> ja <i>так</i> | <input type="radio"/> nein <i>ні</i> |
| Haben Sie eine Tuberkulose- (BCG-) Impfung erhalten? <i>Чи робили Вам щеплення проти туберкульозу (БЦЖ)?</i> | <input type="radio"/> ja <i>так</i> | <input type="radio"/> nein <i>ні</i> |
| Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? <i>Ви страждаєте на захворювання імунної системи чи пухлинні захворювання?</i> | <input type="radio"/> weiß ich nicht <i>не знаю</i> | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <i>так ні</i> |
| Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z.B. Kortison)? <i>Чи приймаєте ви ліки, які послаблюють імунну систему (наприклад, кортизон)?</i> | <input type="radio"/> weiß ich nicht <i>не знаю</i> | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <i>так ні</i> |
| Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? <i>Для жінок: Ви вагітні?</i> | <input type="radio"/> ja <i>так</i> | <input type="radio"/> nein <i>ні</i> |
| Wann ist der Entbindungstermin: _____ <i>Приблизна дата пологів</i> | | |
| Datum: <i>Дата</i> | | |
| _____ | | |
| Unterschrift: <i>Підпис</i> | | |
| _____ | | |
| Name und Unterschrift Eltern/Betreuer: <i>Прізвище та підпис батьків/опікунів</i> | | |
| _____ | | |