

## 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 Tuberkulostest 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:  
 \_\_\_\_\_