

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

**Анамнез для обследований в соответствии с §36 (4) закона о профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями человека (Закон о защите от инфекций - IfSG)**

Vorname: <i>Имя</i>	Nachname: <i>Фамилия</i>
Geburtsdatum: <i>Дата рождения</i>	Geschlecht: <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d <i>Пол ж м разл.</i>
Adresse: <i>Адрес</i>	
Telefonnummer: <i>Номер телефона</i>	
E-Mail-Adresse: <i>E-Mail адрес</i>	
MID: multiple-identity-detector <i>Множественный детектор идентификации</i>	AZR: Aktenzeichen Ausländerzentralregister <i>Номер дела Центрального реестра иностранцев</i>

Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit -in arabischen Ziffern eintragen. Danke!  
*Пожалуйста, все даты указывать арабскими цифрами. Спасибо!*

Waren Sie schon an einer Tuberkulose erkrankt?  ja  nein  
*да нет*

*Вы когда-нибудь болели туберкулезом?*

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

*Если да, когда*

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten?  ja  nein  
*да нет*

*Был ли у Вас кашель на протяжении последних 2-х недель или дольше?*

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen?  ja  nein  
*да нет*

*Есть ли у вас мокрота с кровью при кашле?*

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden?  ja  nein  
*да нет*

*Были ли у вас проблемы с дыханием на протяжении последних 2-х недель или дольше?*

Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren?  ja  nein  
*да нет*

*Вы потеряли вес за последние несколько месяцев?*

Haben Sie schmerzhaftige Knoten am Hals oder unter den Achseln?  ja  nein  
*да нет*

*У вас есть болезненные узлы на шее или в подмышечных впадинах?*

Leiden Sie unter Nachtschweiß?  ja  nein  
*да нет*

*Вы страдаете от ночной потливости?*

Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (>38°C)?  ja  nein  
*да нет*

*Есть ли у вас повышенная температура (>38°C)?*

Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden?  ja  nein  
*да нет*

*Кто-нибудь в вашей семье имеет вышеперечисленные симптомы?*

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt?  ja  nein  
*да нет*

*Вам когда-нибудь делали рентген легких?*

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Gab es Auffälligkeiten?  ja  nein  
Если да, когда? \_\_\_\_\_ Были ли отклонения  да  нет

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt?  ja  nein  
Вы когда-нибудь сдавали анализ/тест на туберкул  да  нет

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wie war das Ergebnis des Tests?  positiv  negativ  
Если да, когда? Каков был результат теста?  полож.  отриц.

Welcher Art von Test wurde durchgeführt?  Hauttest  Bluttest  
Какой тест был проведен?  кожный тест  анализ крови

Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person?  ja  nein  
Были ли у вас контакты с больным туберкулезом?  да  нет

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Если да, когда? \_\_\_\_\_

Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet?  ja  nein  
Работали ли Вы в больнице / поликлинике?  да  нет

Haben Sie eine Tuberkulose- (BCG-) Impfung erhalten?  ja  nein  
Делали ли вы прививку от туберкулеза?  да  нет

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung?  
Вы страдаете заболеванием иммунной системы или опухолью?

weiß ich nicht  ja  nein  
не знаю  да  нет

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z.B. Kortison)?  
Принимаете ли вы лекарства, ослабляющие иммунную систему (напр., кортизон)?

weiß ich nicht  ja  nein  
не знаю  да  нет

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor?  
Для женщин: Вы беременны?  ja  nein  
 да  нет

Wann ist der Entbindungstermin: \_\_\_\_\_  
Предполагаемая дата родов: \_\_\_\_\_

Datum:  
Дата

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Eltern/Betreuer:  
Имя и подпись родителей/опекунов:

\_\_\_\_\_