

Anlage 2.1

(zu Ziffer I Nummer 2.3 Satz 2)

Fragebogen zur Erhebung der Anamnese – Erwachsene

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum: _____

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ Nationalität: _____ Schwangerschaft: ____ Monat

Einzelperson ☐ Familienverband ☐

- | | | | | | |
|-----|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 1. | Sind Sie krank? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 2. | Nehmen Sie Medikamente ein? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 3. | Sind Sie gegen Krankheiten geimpft? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 4. | Wurde bei Ihnen ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 5. | Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Schwindsucht (Tuberkulose)? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Hepatitis? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | HIV? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Windpocken? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Masern? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Röteln? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Diphtherie? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Syphilis (Lues)? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | andere Geschlechtskrankheit? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Typhus, Paratyphus? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| | Cholera? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 6. | Haben Sie Schmerzen? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 7. | Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 6 Wochen Fieber? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 8. | Haben Sie starken Husten? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 9. | Haben Sie Übelkeit, Erbrechen? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 10. | Haben Sie Bauchkrämpfe oder Durchfall? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 11. | Haben Sie Blut im Stuhl? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 12. | Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |
| 13. | Haben Sie Hautausschlag? | Ja | ☐ | Nein | ☐ |

Unterschrift

Bemerkung durch den Arzt:

Unterschrift Arzt