

Anlage 3

(zu Ziffer I Nummer 4.1)

Untersuchungsbogen für Asylbewerber

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum: _____

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

1. **Körperlicher Befund:** unauffällig ☐
auffällig: ☐

Weitere Maßnahmen: Empfehlung Arztvorstellung ☐ Notfallbehandlung ☐ Sonstiges ☐

2. **Untersuchung auf Lungen-Tbc:**

Röntgen-Untersuchung ☐negativ ☐positiv ☐Tbc-verdächtig ☐Nebenbefund ☐Ergebnis liegt nicht vor ☐**Tuberkulin-Hauttest** ☐negativ ☐positiv ☐Ergebnis liegt nicht vor ☐**IGRA** positiv ☐ negativ ☐

Weitere Maßnahmen: Tb-Fürsorge ☐ Hausarzt ☐ Sonstiges ☐

3. **Blutuntersuchung:** ja ☐ nein ☐

Hepatitis A-IgM-Ak ☐ negativ ☐ positiv ☐ grenzwertig ☐Hepatitis B (HBs-Ag) ☐ negativ ☐ positiv ☐Masern-IgG-Ak ☐ negativ ☐ positiv ☐ grenzwertig ☐Varizellen-IgG-Ak ☐ negativ ☐ positiv ☐ grenzwertig ☐Mumps-IgG-Ak ☐ negativ ☐ positiv ☐ grenzwertig ☐Röteln-IgG-Ak ☐ negativ ☐ positiv ☐ grenzwertig ☐Sonstiges: _____ ☐ negativ ☐ positiv ☐

Weitere Maßnahmen: Spezieller Infektionsschutz ☐ Allgemeiner Infektionsschutz ☐ Hausarzt ☐ Sonstiges ☐

4. **Stuhluntersuchung:** ja ☐ nein ☐

Würmer, Wurmteile, -eier ☐ negativ ☐ positiv ☐Giardia lamblia ☐ negativ ☐ positiv ☐Entamoeba histolytica ☐ negativ ☐ positiv ☐Shigatoxine/EHEC ☐ negativ ☐ positiv ☐Salmonellen ☐ negativ ☐ positiv ☐Shigellen ☐ negativ ☐ positiv ☐Campylobacter ☐ negativ ☐ positiv ☐Sonstiges: _____ ☐ negativ ☐ positiv ☐

Weitere Maßnahmen: Allgemeiner Infektionsschutz ☐ Hausarzt ☐ Sonstiges ☐