



Medical history for examinations in accordance with §36 (4) of the Act on the Prevention and Control of Infectious Diseases in Humans (Infection Protection Act - IfSG)

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

First name: (Vorname)	Surname: (Nachname)
Date of birth: (Geburtsdatum)	Gender: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Other (Geschlecht: w / m / d)
Address: (Adresse)	
Telephone number: (Telefonnummer)	
Email address: (E-Mail-Adresse)	
MID: multiple-identity-detector (MID multiple-identity-detector)	AZR: File number, central register of foreign nationals (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Please enter years in Arabic numerals, where possible. Thank you

Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

Have you ever had tuberculosis? yes no

If yes, when? _____

Waren Sie schon an einer Tuberkulose erkrankt? ja / nein
Wenn ja, wann?

Have you had a cough for the past 2 weeks or longer? yes no

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? ja / nein

Do you cough up sputum with blood? yes no

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Have you had breathing difficulties for the past 2 weeks or longer? yes no

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? ja / nein

Have you lost weight in the past few months? yes no

Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? ja / nein

Do you have painful lumps on your neck or under your armpits? yes no

Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? ja / nein

Do you suffer from night sweats? yes no

Leiden Sie unter Nachschweiß? ja / nein

Do you have a temperature (>38°C)? yes no

Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (>38 °C)? ja / nein

Does someone in your family suffer from any of the above complaints? yes no

Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja / nein

Have you had a lung X-ray in the past? yes no

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

If yes, when? _____ Were there any abnormalities? yes no

Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

Have you had a tuberculosis test in the past? yes no

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

If yes, when? _____ What was the result of the test? positive negative

Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

What type of test was performed? Skin test Blood test

Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

Have you had contact with a person suffering from tuberculosis? yes no

Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

If yes, when? _____

Wenn ja, wann?

Have you worked in a hospital/medical outpatient clinic? yes no

Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

Have you had a tuberculosis (BCG) vaccination? yes no

Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

Do you have an immune system disease or a tumour? I don't know yes no

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

Are you taking medications that weaken the immune system (e.g. cortisone)? I don't know yes no

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z.B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

For women: Are you pregnant? yes no

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

When is the estimated date of delivery: _____

Wann ist der Entbindungstermin?

Date: _____

Datum

Signature: _____

Unterschrift

Name and signature of parents/guardians: _____

Name und Unterschrift Eltern / Betreuer