



Анамнез для обстеження відповідно до § 36 (4) Закону про профілактику та боротьбу з інфекційними захворюваннями у людей (Закон про захист від інфекційних хвороб — IfSG)

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

| | |
|---|---|
| Ім'я: (Vorname) | Прізвище: (Nachname) |
| Дата народження: (Geburtsdatum) | Стать: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Різ. (Geschlecht: w / m / d) |
| Адреса: (Adresse) | |
| Номер телефону: (Telefonnummer) | |
| Ел. пошта: (E-Mail-Adresse) | |
| MID: multiple-identity-detector (детектор розпізнавання осіб) (MID multiple-identity-detector) | AZR: реєстраційний номер у Центральному реєстрі з обліку іноземців (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister) |

Будь ласка, за можливості вносьте всі дати арабськими цифрами. Дякуємо!
Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

Ви раніше хворіли на туберкульоз? так ні

Якщо так, то коли? _____

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

Чи є у вас кашель протягом двох або більше тижнів? так ні

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

Чи є у вас мокротиння з кров'ю при кашлі? так ні

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Чи є у вас проблеми з диханням протягом двох або більше тижнів? так ні

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

Чи схудли ви за останні декілька місяців? так ні

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

Чи є у вас болючі вузли на шиї або під пахвами? так ні

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

Чи страждаєте від нічної пітливості? так ні

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Чи є у вас підвищення температури (> 38 °C)? так ні

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

Чи має хтось у вашій сім'ї перераховані вище симптоми? так ні

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

- Чи робили вам колись рентгенографію легень? так ні
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein
- Якщо так, то коли? _____ Чи були якісь відхилення від норми? так ні
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein
- Чи робили вам колись туберкулінову пробу? так ні
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein
- Якщо так, то коли? _____ Який був результат проби? позитивний негативний
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ
- Який був вид проби? нашкірна проба аналіз крові
Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest
- Чи були ви в контактi з людиною, хворою на туберкульоз? так ні
Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein
- Якщо так, то коли? _____
Wenn ja, wann?
- Чи працювали ви у лікарні/медичній амбулаторії? так ні
Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein
- Чи робили ви щеплення від туберкульозу (БЦЖ)? так ні
Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein
- Чи страждаєте ви від імунних або онкологічних захворювань? не знаю так ні
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein
- приймаєте ви ліки, що послаблюють імунну систему (наприклад, кортизон)? не знаю так ні
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein
- Питання до жінок: Ви вагітні? так ні
Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein
- Термін пологів: _____
Wann ist der Entbindungstermin?

Дата: _____
Datum

Підпис: _____
Unterschrift

Прізвище та підпис батьків / опікуна: _____
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer