

Fragebogen zur Erhebung der Anamnese
(Bitte ausfüllen beziehungsweise Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt vorlegen!)

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

-
1. Fühlen Sie sich gesund? ☐ krank? ☐
2. Wo haben Sie Schmerzen? ☐ Kopf ☐
☐ Hals ☐
☐ Brust ☐
☐ Bauch ☐
3. Haben Sie Durchfall? ja ☐ nein ☐
Wie viel mal am Tag?
Beschaffenheit des Stuhles: ☐ breiig ☐ wässrig ☐ fest ☐
Haben Sie Blut im Stuhl? ja ☐ nein ☐
4. Haben Sie starken Husten? ja ☐ nein ☐
Haben Sie Auswurf beim Husten? ja ☐ nein ☐
5. Haben Sie Brennen beim Wasserlassen? ja ☐ nein ☐
6. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen Kontakt zu Menschen mit ansteckenden Krankheiten? ja ☐ nein ☐
Welche?
7. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ☐ Fieber?
☐ Hautausschlag?
☐ Durchfall über mehrere Tage?
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja ☐ nein ☐
Welche?

9. Haben Sie früher schwere Erkrankungen und Infektionskrankheiten durchgemacht?

ja

☐

nein

☐

Ansteckende Gelbsucht (Hepatitis infektiosa)

☐

Typhus, Paratyphus

☐

Cholera

☐

Diphtherie

☐

Tuberkulose

☐

Geschlechtskrankheiten

☐

andere Infektionskrankheiten

☐

10. (Nur von weiblichen Personen auszufüllen!)

Sind Sie schwanger?

ja

☐

nein

☐

Wann hatten Sie das letzte Mal Ihre Monatsblutung?

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie bisher?

Wie viele Kinder haben Sie (eventuell Alter der Kinder)?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Untersuchungsbogen für Asylbewerber

Familienname (Ehename),
gegebenenfalls Geburtsname:
geboren am:
Nationalität:

männlich* ☐
Einreise am:

Vorname:
weiblich* ☐

1. Körperlicher Befund:

ohne Befund/mit Befund:

2. Untersuchung auf Lungen-Tbc*:

2.1	Erstuntersuchung	☐	2.2	Kontrolluntersuchung	☐
2.1.1	Röntgen o. B.	☐	2.2.1	Röntgen o. B.	☐
	- krank	☐		- krank	☐
	- krankheitsverdächtig	☐		- krankheitsverdächtig	☐
	- beobachtungsbedürftig	☐		- beobachtungsbedürftig	☐
2.1.2	Tuberkulinprobe neg.	☐	2.2.2	Tuberkulinprobe neg.	☐
	pos. ☐ kontrollbedürftig	☐		pos. ☐ kontrollbedürftig	☐
2.1.3	Ergebnis liegt noch nicht vor	☐	2.2.3	Ergebnis liegt noch nicht vor	☐

3. Blutuntersuchung*:

3.1	Syphilis-Serologie			Kontrolluntersuchung		
	TPPA:	FTA-Abs		TPPA:	FTA-Abs	
	CMT:	IgM-Ak:		CMT:	IgM-Ak:	
	- serologisch kein Hinweis auf aktive Syphilis	☐		- serologisch kein Hinweis auf aktive Syphilis	☐	
	- Kontrolle erforderlich	☐		- nochmalige Kontrolle erforderlich	☐	
	- Hinweis auf aktive Syphilis	☐		- Hinweis auf aktive Syphilis	☐	
	- Ergebnis liegt noch nicht vor	☐		- Ergebnis liegt noch nicht vor	☐	
3.2	Hepatitis-B-Serologie			Kontrolluntersuchung		
	HbsAG:	Anti-HBs:		HbsAG:	Anti-HBs:	Anti-HBc:
	HBeAG:	Anti-HBe:		HBeAG:	Anti-HBe:	Anti-HBc-IgM:
	- serologisch kein Hinweis auf frische beziehungsweise chronische HBV-Infektion	☐		- serologisch kein Hinweis auf frische beziehungsweise chronische HBV-Infektion	☐	
	- Kontrolle erforderlich	☐		- nochmalige Kontrolle erforderlich	☐	
	- Hinweis auf frische HBV-Infektion	☐		- Hinweis auf frische HBV-Infektion	☐	
	- Hinweis auf chronische HBV-Infektion	☐		- Hinweis auf chronische HBV-Infektion	☐	
	- Ergebnis liegt noch nicht vor	☐		- Ergebnis liegt noch nicht vor	☐	

3.3 Hepatitis-C-Serologie

Screeningtest neg. ☐ pos. ☐

Ergänzungstest neg. ☐ pos. ☐

HCV-RNA-Nachweis neg. ☐ pos. ☐

- serologisch kein Hinweis auf aktive HCV-Infektion ☐

- Kontrolle erforderlich ☐

- Ergebnis liegt noch nicht vor ☐

Kontrolluntersuchung

Screeningtest neg. ☐ pos. ☐

Ergänzungstest neg. ☐ pos. ☐

HCV-RNA-Nachweis neg. ☐ pos. ☐

- serologisch kein Hinweis auf aktive HCV-Infektion ☐

- nochmalige Kontrolle erforderlich ☐

- Ergebnis liegt noch nicht vor ☐

3.4 Anti-HIV-Test

Screeningtest neg. ☐ pos. ☐

Bestätigungstest neg. ☐ pos. ☐

- Ergebnis liegt noch nicht vor ☐

Kontrolluntersuchung

Screeningtest neg. ☐ pos. ☐

Bestätigungstest neg. ☐ pos. ☐

- Ergebnis liegt noch nicht vor ☐

3.5 Weitere Blutuntersuchungen (Art/Ergebnis):

4. Stuhluntersuchung*:

4.1 Pathogene Keime:

Salmonellen neg. ☐ pos. ☐

Shigellen neg. ☐ pos. ☐

Campylobacter neg. ☐ pos. ☐

EHEC neg. ☐ pos. ☐

sonstige Erreger:

4.2 Parasiten:

Protozoen Erreger neg. ☐ pos. ☐

Helminthen Erreger neg. ☐ pos. ☐

5. Weitere Erkrankungen:

6. Bemerkungen (zum Beispiel veranlasste Maßnahmen):

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG

I. Personalangaben

Name, Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

ausgewiesen durch Reisepass Nr. _____

ausgestellt vom: _____ am: _____

Aufenthalt während der letzten 3 Monate vor der Einreise:

jetzige Anschrift: _____

Die vorgenannte Person ist von mir heute zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung für Asylbewerber untersucht worden.

Gegen die Erteilung der Aufenthaltsgestattung

bestehen keine Bedenken / bestehen Bedenken*

Maßnahmen auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes

sind nicht erforderlich / sind erforderlich und eingeleitet*

_____, den _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes)

* Nichtzutreffendes streichen