

## Fragebogen zur Erhebung der Anamnese

(Bitte ausfüllen bzw. 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 ☐

Wieviel 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 Leuten 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, Parathyphus ☐
- Colera ☐
- Diphtherie ☐
- Tuberkulose ☐
- Geschlechtskrankheiten ☐
- andere Infektionskrankheiten ☐

10. (nur von weiblichen Personen auszufüllen!)

Sind Sie schwanger? ja ☐ nein ☐

Wann hatten Sie das letzte Mal ihre Monatsblutung?

---

Wieviel Schwangerschaften hatten Sie bisher?

---

Wieviele Kinder haben Sie?  
(evtl. Alter der Kinder)

---

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Untersuchungsbogen für Asylbewerber

Familienname (Ehename), gegebenenfalls Geburtsname: Vorname:

geboren am: männlich\* weiblich\*

Nationalität: Einreise am:

1. Körperlicher Befund: ohne Befund / mit Befund:

2. Untersuchung auf Lungen-Tbc\*:

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

3. Blutuntersuchung\*:

|       |                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                                                                                 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1   | Lues-Serologie<br><br>ART.....TPHA.....PTA.....<br>aus serologischer Sicht kein Hinweis auf<br>eineluetische Aktivität<br>Kontrolle erforderlich<br>frischeluetische Aktivität | 3.2   | Kontrolluntersuchung<br><br>ART.....TPHA.....PTA.....<br>aus serologischer Sicht kein Hinweis auf<br>eineluetische Aktivität<br>nochmalige Kontrolle erforderlich<br>frischeluetische Aktivität |
| 3.1.1 | Ergebnis liegt noch nicht vor                                                                                                                                                  | 3.2.1 | Ergebnis liegt noch nicht vor                                                                                                                                                                   |

|       |                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                                                                                       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.3   | Hepatitis B-Serologie<br><br>HBsAG.....antiHBs.....<br>antiHBc.....<br>HBeAG.....antiHBe.....<br>antiHBcIGM.....<br>Kontrolle erforderlich<br>Hinweis auf frische Infektion | 3.4   | Kontrolluntersuchung<br><br>HBsAG.....antiHBs.....<br>antiHBc.....<br>HBeAG.....antiHBe.....<br>antiHBcIGM.....<br>nochmalige Kontrolle erforderlich<br>Hinweis auf frische Infektion |
| 3.3.1 | Ergebnis liegt noch nicht vor                                                                                                                                               | 3.4.1 | Ergebnis liegt noch nicht vor                                                                                                                                                         |

|     |               |                          |      |      |
|-----|---------------|--------------------------|------|------|
| 3.5 | anti-HIV-Test | Screening                | neg. | pos. |
|     |               | Bestätigungstest         | neg. | pos. |
|     |               | Ergebnis liegt nicht vor |      |      |

3.6 Weitere Blutuntersuchungen (Art/Ergebnis):

4. Stuhluntersuchung\*:

|     |                  |                   |          |      |
|-----|------------------|-------------------|----------|------|
| 4.1 | Pathogene Keime: | Salmonellen       | neg.     | pos. |
|     |                  | Shigellen         | neg.     | pos. |
|     |                  | Sonstige Erreger: |          |      |
| 4.2 | Parasiten        | neg.              | Erreger: |      |

5. Weitere Erkrankungen:

6. Bemerkungen (z. B. veranlaßte Maßnahmen):

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

# **Ärztliche Bescheinigung** **zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG**

**I. Personalangaben:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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 Bundesseuchengesetzes sind nicht erforderlich / sind erforderlich und eingeleitet\*.

\* Nichtzutreffendes streichen

....., den .....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift und Stempel des Arztes)

## Fragebogen zur Erhebung der Anamnese

(Bitte ausfüllen bzw. 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 ☐

Wieviel 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 Leuten 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, Parathyphus ☐
- Colera ☐
- Diphtherie ☐
- Tuberkulose ☐
- Geschlechtskrankheiten ☐
- andere Infektionskrankheiten ☐

10. (nur von weiblichen Personen auszufüllen!)

Sind Sie schwanger? ja ☐ nein ☐

Wann hatten Sie das letzte Mal ihre Monatsblutung?

---

Wieviel Schwangerschaften hatten Sie bisher?

---

Wieviele Kinder haben Sie?  
(evtl. Alter der Kinder)

---

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Untersuchungsbogen für Asylbewerber

Familienname (Ehename), gegebenenfalls Geburtsname:

Vorname:

geboren am:

männlich\*

weiblich\*

Nationalität:

Einreise am:

1. Körperlicher Befund:

ohne Befund / mit Befund:

2. Untersuchung auf Lungen-Tbc\*:

2.1 Erstuntersuchung

2.2 Kontrolluntersuchung

2.1.1 Röntgen o.B. krank krankheitsverdächtig beobachtungsbedürftig

2.1.2 Tuberkulinprobe neg. pos. kontrollbedürftig

2.1.3 Ergebnis liegt noch nicht vor

2.2.1 Röntgen o.B. krank krankheitsverdächtig beobachtungsbedürftig

2.2.2 Tuberkulinprobe neg. pos. kontrollbedürftig

2.2.3 Ergebnis liegt noch nicht vor

3. Blutuntersuchung\*:

3.1 Lues-Serologie

3.2 Kontrolluntersuchung

ART.....TPHA.....PTA.....

aus serologischer Sicht kein Hinweis auf eine luetische Aktivität

Kontrolle erforderlich

frische luetische Aktivität

3.1.1 Ergebnis liegt noch nicht vor

ART.....TPHA.....PTA.....

aus serologischer Sicht kein Hinweis auf eine luetische Aktivität

nochmalige Kontrolle erforderlich

frische luetische Aktivität

3.2.1 Ergebnis liegt noch nicht vor

3.3 Hepatitis B-Serologie

3.4 Kontrolluntersuchung

HBsAG..... antiHBs.....

antiHBc.....

HBeAG..... antiHBe.....

antiHBcIGM.....

Kontrolle erforderlich

Hinweis auf frische Infektion

3.3.1 Ergebnis liegt noch nicht vor

HBsAG..... antiHBs.....

antiHBc.....

HBeAG..... antiHBe.....

antiHBcIGM.....

nochmalige Kontrolle erforderlich

Hinweis auf frische Infektion

3.4.1 Ergebnis liegt noch nicht vor

3.5 anti-HIV-Test

Screening neg. pos.

Bestätigungstest neg. pos.

Ergebnis liegt nicht vor

3.6 Weitere Blutuntersuchungen (Art/Ergebnis):

4. Stuhluntersuchung\*:

4.1 Pathogene Keime:

4.2 Parasiten

Salmonellen neg. pos.

Shigellen neg. pos.

Sonstige Erreger:

neg. Erreger:

5. Weitere Erkrankungen:

6. Bemerkungen (z. B. veranlaßte Maßnahmen):

\* Zutreffendes bitte ankreuzen

# **Ärztliche Bescheinigung** **zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG**

**I. Personalangaben:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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 Bundesseuchengesetzes sind nicht erforderlich / sind erforderlich und eingeleitet\*.

\* Nichtzutreffendes streichen

....., den .....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift und Stempel des Arztes)