

Anamnesebogen (Version für Versorgende und neu zugewanderte Menschen)

Datum: _____ Ort: _____

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____ Alter _____

Kontaktdaten

Telefon _____ E-Mail : _____

Angaben zur Herkunft, Einreise und Expositionsrisiken

Einreise nach Deutschland (Monat / Jahr) _____

Geburtsland: _____

Herkunftsland / relevanter längerer Aufenthalt in einem anderen Land
(Mehrfachnennung möglich):

weitere relevante Informationen z.B. Fluchtroute, auf der Flucht interniert /in einem
Camp untergebracht: _____

relevante berufliche Tätigkeit: _____

aktuelle Wohnsituation (Gemeinschaftseinrichtung / privat): _____

Aufenthalt im Gefängnis Ja Nein

*(muss NICHT von Betroffenen ausgefüllt werden, TB-Inzidenz + MDR-/RR-Rate von
Geburtsland / Herkunftsland)*

TB-Inzidenz im Herkunftsland / Aufenthaltsort

- <100/100.000
 100/100.000 – 150/100.000
 >150/100.000

MDR-/ RR Rate im Herkunftsland / Aufenthaltsort

- <10%
 >10%

Anamnese

Haben Sie aktuell Beschwerden? Ja Nein
(Wenn ja, dann zusätzlich direkt zum Symptombogen)

Angaben zu Tuberkulose (TB)

Hatten Sie jemals TB? Ja Nein vermutet
Wurden Sie wegen TB behandelt? Ja Nein

wenn möglich Integration in bereits bestehende Anamnesetools

Wenn ja, wann und wo? _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten vor Einreise Kontakt zu Menschen mit bekannter oder vermuteter Tuberkulose (Menschen mit Husten, Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust)? Ja Nein

Vorerkrankungen und Risikofaktoren

Haben Sie chronische Erkrankungen? Ja Nein

(Wenn ja, bitte hier weiter)

Krebserkrankung Ja Nein

Organtransplantation Ja Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein

Nierenschwäche (mit oder ohne Dialyse) Ja Nein

Immunschwäche (z.B. durch Medikamente) Ja Nein

HIV-Infektion Ja Nein

Andere: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig (täglich oder fast täglich) Alkohol? Ja Nein

Nehmen Sie andere Drogen? Ja Nein

Weitere Angaben

Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Lunge gemacht? Ja Nein

Wenn ja wann (ungefähr)? _____

Wo? _____

Befund oder Aufnahme vorhanden? _____

(Wenn weiblich)

Sind Sie schwanger? Ja Nein weiß nicht