



Fragebogen zur Gesundheit

AZ: Name: Vorname: geb.: Fallnr.:

1. Fühlen Sie sich heute krank?

☐ ja ☐ nein wenn ja, seit wann?

1.1. Welche Beschwerden haben Sie?

zum Beispiel:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Appetitmangel | ☐ Fieber | ☐ Husten |
| ☐ Morgendlicher Auswurf mit Blut- Husten | ☐ Atemnot | ☐ Herzbeschwerden |
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Sonstige Schmerzen | ☐ Durchfall |
| ☐ Übelkeit | ☐ Erbrechen | ☐ Ausfluss |
| ☐ Schmerzen beim Wasserlassen | ☐ Hautausschlag, Juckreiz, Bläschenbildung | ☐ Brennen, Schmerzen, Juckreiz an den Geschlechtsorganen |

Sonstiges:

1.2. Sind Sie Raucher?

☐ ja ☐ nein

1.3. Sind Sie Schwanger?

☐ ja ☐ nein ☐ ich bin mir nicht sicher

Nennen Sie bitte den ersten Tag Ihrer letzten Regelblutung:

2. Waren Sie jemals wegen eines Unfalls oder einer Operation im Krankenhaus?

☐ ja ☐ nein wenn ja, in welchem Jahr?

3. Erlitten Sie in den letzten beiden Jahren körperliche Verletzungen, z.B. Messerstich-, Schussverletzung, Knochenbruch?

☐ ja ☐ nein wenn ja, welche?

4. Hatten Sie jemals eine Geschlechtskrankheit?

☐ ja ☐ nein wenn ja, in welchem Jahr?

Wurden Sie behandelt?

☐ ja ☐ nein

Ist die Behandlung abgeschlossen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

5. Nehmen Sie regelmäßig Medizin ein? (Tabletten, Tropfen, Saft, Spritzen)

☐ ja ☐ nein

5.1. Welche Medizin ist das?

Namen der Medizin:

☐ weiß ich nicht

6. Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) schwere Erkrankungen auf?

z.B. Tuberkulose:

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

z.B. AIDS:

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Sonstige schwere Erkrankungen

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Welche?

7. Waren Sie schon einmal an einer Tuberkulose erkrankt?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Wann, wie lange und wo wurden Sie behandelt?

AZ: **Name:** **Vorname:** **geb.:** **FallNr.:**

7.1. Gab es in Ihrer Familie, bei Freunden oder Nachbarn Personen, die an Tuberkulose erkrankt waren?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

7.2. Wann und wo wurde das letzte Mal die Lunge geröntgt?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

8. Haben oder hatten Sie Kontakt zu einer an Kinderlähmung(Poliomyelitis) erkrankten Person?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Wann und wo?

8.1. Sind Sie gegen Kinderlähmung geimpft?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Wann und wo?

8.2. Sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Wie oft und mit welchem Impfstoff?

Wann und wo?

8.3. Sind Sie gegen Masern geimpft?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

9.1. Im Falle einer ärztlichen Behandlung nach Transfer bin ich einverstanden, dass meine Befunde weitergegeben werden.

☐ ja ☐ nein

Erstbefund:

Allg. Körperzustand:

Bewusstsein:

Psyche:

Haut/Schleimhaut:

Kopf und Hals:

Rachen:

LK / Schilddrüse

Thorax:

Cor:

Pulmo:

RR:

Abdomen:

Leber:

Milz:

Nierenlager:

Resistenz:

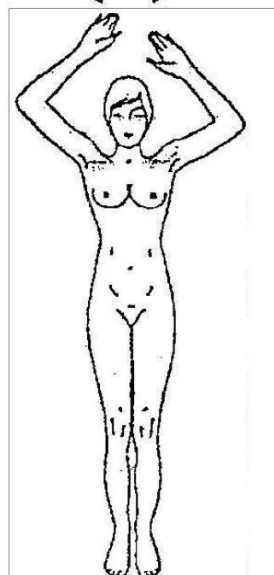
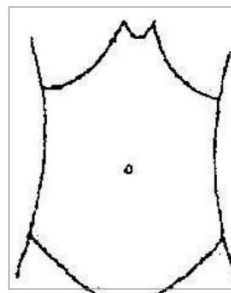
Bruch:

Stütz- und Bewegungsapparat:

Wirbelsäule:

Extremitäten:

Sonstige auffällige Befunde:



- Narbe
- x Druckschmerz
- o Resistenz
- /// Schall
- xxx Atemgeräusche
- ooo Nebengeräusche

