

**Anlage 2.1**

(zu Ziffer I Nummer 2.3 Satz 2)

**Fragebogen zur Erhebung der Anamnese – Erwachsene**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  Nationalität: \_\_\_\_\_ Schwangerschaft: \_\_\_\_ Monat

Einzelperson  Familienverband

- |     |                                                            |    |                          |      |                          |
|-----|------------------------------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 1.  | Sind Sie krank?                                            | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Nehmen Sie Medikamente ein?                                | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Sind Sie gegen Krankheiten geimpft?                        | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Wurde bei Ihnen ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit?          | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Schwindsucht (Tuberkulose)?                                | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?                                                 | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | HIV?                                                       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Windpocken?                                                | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Masern?                                                    | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Röteln?                                                    | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Diphtherie?                                                | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Syphilis (Lues)?                                           | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | andere Geschlechtskrankheit?                               | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Typhus, Paratyphus?                                        | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Cholera?                                                   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Haben Sie Schmerzen?                                       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 6 Wochen Fieber?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Haben Sie starken Husten?                                  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Haben Sie Übelkeit, Erbrechen?                             | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Haben Sie Bauchkrämpfe oder Durchfall?                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Haben Sie Blut im Stuhl?                                   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Haben Sie Hautausschlag?                                   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Bemerkung durch den Arzt:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt