

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