



## 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:*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitmangel                          | <input type="checkbox"/> Fieber                                   | <input type="checkbox"/> Husten   |
| <input type="checkbox"/> Morgendlicher Auswurf mit Blut- Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot                                  | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                          | <input type="checkbox"/> Sonstige Schmerzen                       | <input type="checkbox"/> Durchfall  |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit                               | <input type="checkbox"/> Erbrechen                                | <input type="checkbox"/> Ausfluss   |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen            | <input type="checkbox"/> Hautausschlag, Juckreiz, Bläschenbildung | <input type="checkbox"/> 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:

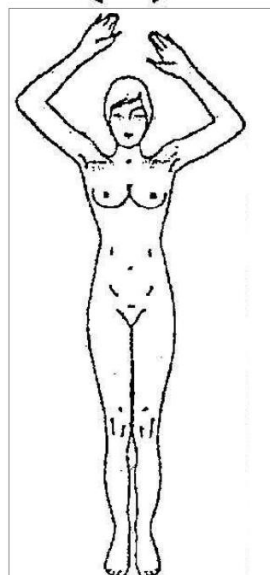
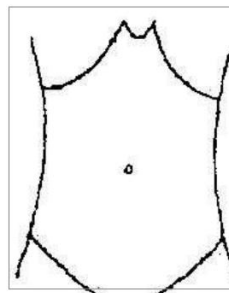
Bruch:

**Stütz- und Bewegungsapparat:**

Wirbelsäule:

Extremitäten:

Sonstige auffällige Befunde:



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

