



Anamneza za preglede prema čl. 36. st. 4. Zakona o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti kod ljudi (Zakon o zaštiti od zaraznih bolesti – IfSG)

Anamnese für Untersuchungen gem. §36 (4) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

Ime: (Vorname)	Prezime: (Nachname)
Datum rođenja: (Geburtsdatum)	Spol: <input type="checkbox"/> ž <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o (Geschlecht: w / m / d)
Adresa: (Adresse)	
Broj telefona: (Telefonnummer)	
Adresa e-pošte: (E-Mail-Adresse)	
MID: multiple-identity-detector (detektor višestrukih identiteta) (MID multiple-identity-detector)	AZR: broj akta centralnog registra za strance (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Sve brojeve godina – ako je moguće – navedite arapskim brojevima. Zahvaljujemo!

Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

Da li ste već bolovali od tuberkuloze? da ne

Ako je odgovor da, kada? _____

Waren Sie schon an einer Tuberkulose erkrankt? ja / nein
Wenn ja, wann?

Da li kašljete 2 sedmice ili duže? da ne

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? ja / nein

Da li kada kašljete imate ispljuvak s primjesama krvi? da ne

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Da li imate poteškoća s disanjem 2 sedmice ili duže? da ne

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? ja / nein

Da li ste posljednjih mjeseci izgubili na težini? da ne

Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? ja / nein

Da li imate bolne kvržice na vratu ili ispod pazuha? da ne

Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? ja / nein

Da li patite od noćnog znojenja? da ne

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Da li imate povišenu temperaturu (> 38 °C)? da ne

Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (>38 °C)? ja / nein

Da li neko u vašoj porodici ima prethodno navedene tegobe? da ne

Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja / nein

Da li ste ikada radili rendgenski snimak pluća? da ne
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

Ako je odgovor da, kada? _____ Da li je bilo abnormalnosti? da ne
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

Da li ste se ikada testirali na tuberkulozu? da ne
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

Ako je odgovor da, kada? _____ Kakav je bio rezultat testa? pozitivan negativ
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

Kakvu vrstu testa ste radili? Test kože Test krvi
Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

Da li ste imali kontakt s osobom oboljelom od tuberkuloze? da ne
Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

Ako je odgovor da, kada? _____
Wenn ja, wann?

Da li ste radili u bolnici/medicinskoj ambulanti? da ne
Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

Da li ste primili cjepivo protiv tuberkuloze (BCG)? da ne
Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

Da li bolujete od bolesti imunološkog sistema ili tumora? ne znam da ne
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

Da li uzimate lijekove koji slabe imunološki sistem (npr. kortizon)? ne znam da ne
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

Za žene: Jeste li trudni? da ne
Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

Kad je termin poroda: _____
Wann ist der Entbindungstermin?

Datum: _____
Datum

Potpis: _____
Unterschrift

Ime, prezime i potpis roditelja/staratelja: _____
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer