



## Anamnèse pour les examens selon le §36 (4) de la loi allemande sur la protection et la lutte contre les maladies infectieuses chez l'être humain (Loi sur la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses chez l'homme - Infektionsschutzgesetz, IfSG)

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

Prénom : (Vorname)	Nom : (Nachname)
Date de naissance : (Geburtsdatum)	Genre : <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> autre (Geschlecht: w / m / d)
Adresse : (Adresse)	
Numéro de téléphone : (Telefonnummer)	
Adresse électronique : (E-Mail-Adresse)	
MID: multiple-identity-detector (détecteur d'identités multiples) (MID multiple-identity-detector)	AZR: numéro de dossier du registre central des étrangers (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Veuillez saisir l'année complète, si possible, en chiffres arabes. Merci !

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

Avez-vous déjà eu la tuberculose ?  oui  non

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

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

Votre toux est-elle présente depuis 2 semaines ou plus ?  oui  non

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

Lorsque vous tousssez, vos expectorations comportent-elles des traces de sang ?  oui  non

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Avez-vous des difficultés respiratoires depuis 2 semaines ou plus ?  oui  non

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

Avez-vous perdu du poids au cours des derniers mois ?  oui  non

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

Avez-vous des ganglions douloureux au niveau du cou ou des aisselles ?  oui  non

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

Avez-vous des sueurs nocturnes ?  oui  non

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Avez-vous de la fièvre (> 38 °C) ?  oui  non

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

Existe-t-il un membre de votre famille qui présente l'une des affections ci-dessus ?  oui  non

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

Avez-vous déjà réalisé une radio des poumons ?  oui  non  
 Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_ Des anomalies ont-elles été relevées ?  oui  non  
 Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage de la tuberculose ?  oui  non  
 Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_ Quel a été le résultat du test ?  positif  négatif  
 Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / négatif

Quel type de test a été réalisé ?  Test cutané  Test sanguin  
 Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

Avez-vous été en contact avec une personne atteinte de tuberculose ?  oui  non  
 Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberculose erkrankten Person? ja / nein

Si oui, quand ? \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, wann?

Avez-vous travaillé dans un hôpital/dispensaire médical ?  oui  non  
 Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

Un vaccin contre la tuberculose (BCG) vous a-t-il été administré ?  oui  non  
 Haben Sie eine Tuberculose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

Souffrez-vous d'une maladie du système immunitaire ou d'une maladie tumorale ?  je ne sais pas  oui  non  
 Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

Avez-vous pris des médicaments immunosuppresseurs (exemple : cortisone) ?  je ne sais pas  oui  non  
 Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

Si vous êtes une femme : Êtes-vous enceinte ?  oui  non  
 Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

Date prévue de l'accouchement : \_\_\_\_\_  
 Wann ist der Entbindungstermin?

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

Signature: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Nom et signature des parents / du responsable légal : \_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift Eltern / Betreuer