



Анамнез для проведения обследования в соответствии с §36 (4) Закона о мерах профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями у людей (Закон о защите населения от инфекционных заболеваний (IfSG))

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

Имя: (Vorname)	Фамилия: (Nachname)
Дата рождения: (Geburtsdatum)	Пол: <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> др (Geschlecht: w / m / d)
Адрес: (Adresse)	
Номер телефона: (Telefonnummer)	
Адрес эл. почты: (E-Mail-Adresse)	
MID: multiple-identity-detector (Индикатор множественной идентификации) (MID multiple-identity-detector)	AZR: Номер в Центральном реестре учета иностранных граждан (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Просим Вас по возможности указывать все годы арабскими цифрами. Благодарим Вас!

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

Болели ли Вы раньше туберкулезом? да нет

Если да, то когда? _____

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

Был ли у Вас в течение 2 или более последних недель кашель? да нет

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

Выделялась ли у Вас при кашле мокрота с кровью? да нет

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Отмечалось ли у Вас в течение 2 или более последних недель затрудненное дыхание? да нет

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

Наблюдались ли у Вас в течение последних нескольких месяцев потеря веса? да нет

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

Имеются ли у Вас вызывающие болезненные ощущения образования (уплотнения) на шее или в области подмышек? да нет

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

Испытываете ли Вы повышенную потливость по ночам? да нет

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Есть ли у Вас повышенная температура тела (>38 °C)? да нет

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

- Проявлялись ли у кого-либо в Вашей семье вышеперечисленные симптомы? да нет
 Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja / nein
- Вам уже делали когда-либо рентгеновские снимки легких? да нет
 Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein
- Если да, то когда? _____ Были ли выявлены какие-либо аномалии? да нет
 Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein
- НВам когда-либо делали тест на туберкулез? да нет
 Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulostest durchgeführt? ja / nein
- Если да, то когда? _____ Каков был результат теста? положительный отрицательный
 Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ
- Какой тип теста проводился? Кожная туберкулиновая проба Анализ крови
 Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest
- Были ли у Вас контакты с человеком, больным туберкулезом? да нет
 Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein
- Если да, то когда? _____
 Wenn ja, wann?
- Работали ли Вы в стационарном лечебном учреждении / амбулаторном отделении? да нет
 Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein
- Делали ли Вы прививку от туберкулеза (БЦЖ)? да нет
 Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein
- Имеются ли у Вас заболевания иммунной системы или онкологические заболевания? я не знаю да нет
 Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein
- Принимаете ли Вы лекарства, которые приводят к ослаблению иммунной системы (например, кортизон)? я не знаю да нет
 Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein
- Для женщин: Вы беременны в данный момент? да нет
 Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein
- Какая у Вас предполагаемая дата родов: _____
 Wann ist der Entbindungstermin?

Дата: _____
 Datum

Подпись: _____
 Unterschrift

Имя, фамилия и подпись родителей/опекунов: _____
 Name und Unterschrift Eltern / Betreuer