



## Anamneza za preglede shodno čl. 36 (4) Zakona o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti kod ljudi (Zakon o zaštiti od infekcija - nem. 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)	Pol: <input type="checkbox"/> ž <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d (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 predmeta iz Centralnog registra za strance (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Molimo unesite sve godine – ako je moguće – arapskim brojevima. Hvala!

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

Da li ste već bolovali od tuberkuloze?  da  ne

Ako jeste, kada? \_\_\_\_\_

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

Da li već dve nedelje ili duže imate kašalj?  da  ne

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

Da li prilikom kašljanja izbacujete sekret s primesama krvi?  da  ne

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Da li već dve nedelje ili duže imate disajnih tegoba?  da  ne

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

Da li ste poslednjih meseci izgubili na težini?  da  ne

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

Da li imate bolne čvoriće 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 telesnu temperaturu (>38 °C)?  da  ne

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

Da li neko iz Vaše porodice pati od gorenavedenih tegoba?  da  ne

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

Da li ste ikada do sada išli na RTG pluća?  da  ne

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

Ako jeste, kada? \_\_\_\_\_ Da li su uočene abnormalnosti?  da  ne

Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

Da li ste se ikada do sada testirali na tuberkulozu?  da  ne

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosetest durchgeführt? ja / nein

Ako jeste, kada? \_\_\_\_\_ Kakav je bio rezultat testa?  pozitivan  negativan

Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

Koja vrsta testa je rađena?  test kože  test iz uzorka krvi

Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

Da li ste bili u kontaktu s osobom koja boluje od tuberkuloze?  da  ne

Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

Ako jeste, kada? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann?

Da li ste radili u bolnici/domu zdravlja?  da  ne

Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

Da li ste primili BCG vakcinu protiv tuberkuloze?  da  ne

Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

Da li patite od bolesti imunološkog sistema ili od tumora?  ne znam  da  ne

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

Da li uzimate lekove 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: Da li ste u drugom stanju?  da  ne

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

Predviđeni termin za porođaj je: \_\_\_\_\_

Wann ist der Entbindungstermin?

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

Datum

Potpis: \_\_\_\_\_

Unterschrift

Ime, prezime i potpis roditelja/staratelja: \_\_\_\_\_

Name und Unterschrift Eltern / Betreuer