



## İnsanlarda Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Yasası'nın (Enfeksiyondan Korunma Yasası - IfSG) 36. (4) maddesi uyarınca yapılacak muayeneler için tıbbi hastalık öyküsü

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

Adı: (Vorname)	Soyadı: (Nachname)
Doğum tarihi: (Geburtsdatum)	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> d (Geschlecht: w / m / d)
Adres: (Adresse)	
Telefon numarası: (Telefonnummer)	
E-posta adresi: (E-Mail-Adresse)	
MID: multiple-identity-detector (çoklu-kimlik-dedektörü) (MID multiple-identity-detector)	AZR: Yabancılar merkezi sicili referans numarası (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Lütfen bütün yıl sayılarını -mümkünse- Arap rakamlarıyla girin. Teşekkür ederiz!  
Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

Daha önce tüberküloz geçirdiniz mi?  evet  hayır

Eğer geçirdiyse, ne zaman? \_\_\_\_\_

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

2 hafta veya daha uzun süredir öksürüğünüz var mı?  evet  hayır

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

Öksürüğünüzde balgamınızda kan oluyor mu?  evet  hayır

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

2 hafta veya daha uzun süredir solunum güçlüğü çekiyor musunuz?  evet  hayır

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

Son birkaç ay içinde kilo verdiniz mi?  evet  hayır

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

Boynunuzda veya koltuk altlarınızda ağrılı yumrular var mı?  evet  hayır

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

Gece terlemesi şikayetiniz var mı?  evet  hayır

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Ateşiniz yükseliyor mu (>38°C)?  evet  hayır

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

Ailenizde yukarıdaki şikayetlerden muzdarip olan birisi var mı?  evet  hayır

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

Hiç akciğer röntgen filmi çekirdiniz mi?  evet  hayır  
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

Çektirdiyse, ne zaman? \_\_\_\_\_ Herhangi bir anormallik var mıydı?  evet  hayır  
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

Hiç tüberküloz testi yaptırınız mı?  evet  hayır  
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

Yaptırdıysanız, ne zaman? \_\_\_\_\_ Testin sonucu nasıldı?  pozitif  negatif  
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

Ne tür bir test yapıldı?  Deri testi  Kan testi  
Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

Tüberküloz hastası bir kişiyle temasınız oldu mu?  evet  hayır  
Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

Eğer geçirdiyse, ne zaman? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wann?

Bir hastanede/tıbbi poliklinikte çalıştınız mı?  evet  hayır  
Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

Tüberküloz (BCG) aşısı yaptırınız mı?  evet  hayır  
Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

Bağışıklık sistemi hastalığınız veya tümör sorunuz var mı?  bilmiyorum  evet  hayır  
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

Bağışıklık sistemini zayıflatan ilaçlar (örn. kortizon) alıyor musunuz?  bilmiyorum  evet  hayır  
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

Kadınlarda: Bir hamilelik söz konusu mu?  evet  hayır  
Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

Doğum tarihi ne zaman: \_\_\_\_\_  
Wann ist der Entbindungstermin?

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

İmza: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ebeveynlerin/velilerin adı ve imzası: \_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer