



## Анамнез для обстеження відповідно до § 36 (4) Закону про профілактику та боротьбу з інфекційними захворюваннями у людей (Закон про захист від інфекційних хвороб — IfSG)

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

Ім'я: (Vorname)	Прізвище: (Nachname)
Дата народження: (Geburtsdatum)	Стать: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Різ. (Geschlecht: w / m / d)
Адреса: (Adresse)	
Номер телефону: (Telefonnummer)	
Ел. пошта: (E-Mail-Adresse)	
MID: multiple-identity-detector (детектор розпізнавання осіб) (MID multiple-identity-detector)	AZR: реєстраційний номер у Центральному реєстрі з обліку іноземців (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Будь ласка, за можливості вносьте всі дати арабськими цифрами. Дякуємо!  
Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

Ви раніше хворіли на туберкульоз?  так  ні

Якщо так, то коли? \_\_\_\_\_

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

Чи є у вас кашель протягом двох або більше тижнів?  так  ні

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

Чи є у вас мокротиння з кров'ю при кашлі?  так  ні

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Чи є у вас проблеми з диханням протягом двох або більше тижнів?  так  ні

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

Чи схудли ви за останні декілька місяців?  так  ні

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

Чи є у вас болючі вузли на шиї або під пахвами?  так  ні

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

Чи страждаєте від нічної пітливості?  так  ні

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Чи є у вас підвищення температури (> 38 °C)?  так  ні

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

Чи має хтось у вашій сім'ї перераховані вище симптоми?  так  ні

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

- Чи робили вам колись рентгенографію легень?  так  ні  
 Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein
- Якщо так, то коли? \_\_\_\_\_ Чи були якісь відхилення від норми?  так  ні  
 Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein
- Чи робили вам колись туберкулінову пробу?  так  ні  
 Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein
- Якщо так, то коли? \_\_\_\_\_ Який був результат проби?  позитивний  негативний  
 Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ
- Який був вид проби?  нашкірна проба  аналіз крові  
 Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest
- Чи були ви в контактi з людиною, хворою на туберкульоз?  так  ні  
 Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein
- Якщо так, то коли? \_\_\_\_\_  
 Wenn ja, wann?
- Чи працювали ви у лікарні/медичній амбулаторії?  так  ні  
 Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein
- Чи робили ви щеплення від туберкульозу (БЦЖ)?  так  ні  
 Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein
- Чи страждаєте ви від імунних або онкологічних захворювань?  не знаю  так  ні  
 Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein
- приймаєте ви ліки, що послаблюють імунну систему (наприклад, кортизон)?  не знаю  так  ні  
 Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein
- Питання до жінок: Ви вагітні?  так  ні  
 Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein
- Термін пологів: \_\_\_\_\_  
 Wann ist der Entbindungstermin?

Дата: \_\_\_\_\_  
 Datum

Підпис: \_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Прізвище та підпис батьків / опікуна: \_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift Eltern / Betreuer