

Fragebogen zur Gesundheit

AZ: Name: Vorname: geb.: Fallnr.:

1. Fühlen Sie sich heute krank?

ja nein wenn ja, seit wann?

1.1. Welche Beschwerden haben Sie?

zum Beispiel:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitmangel | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> Morgendlicher Auswurf mit Blut- Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstige Schmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Ausfluss |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Hautausschlag, Juckreiz, Bläschenbildung | <input type="checkbox"/> Brennen, Schmerzen, Juckreiz an den Geschlechtsorganen |

Sonstiges:

1.2. Sind Sie Raucher?

ja nein

1.3. Sind Sie Schwanger?

ja nein ich bin mir nicht sicher

Nennen Sie bitte den ersten Tag Ihrer letzten Regelblutung:

2. Waren Sie jemals wegen eines Unfalls oder einer Operation im Krankenhaus?

ja nein wenn ja, in welchem Jahr?

3. Erlitten Sie in den letzten beiden Jahren körperliche Verletzungen, z.B. Messerstich-, Schussverletzung, Knochenbruch?

ja nein wenn ja, welche?

4. Hatten Sie jemals eine Geschlechtskrankheit?

ja nein wenn ja, in welchem Jahr?

Wurden Sie behandelt?

ja nein

Ist die Behandlung abgeschlossen?

ja nein weiß ich nicht

5. Nehmen Sie regelmäßig Medizin ein? (Tabletten, Tropfen, Saft, Spritzen)

ja nein

5.1. Welche Medizin ist das?

Namen der Medizin:

weiß ich nicht

6. Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) schwere Erkrankungen auf?

z.B. Tuberkulose:

ja nein weiß ich nicht

z.B. AIDS:

ja nein weiß ich nicht

Sonstige schwere Erkrankungen

ja nein weiß ich nicht

Welche?

7. Waren Sie schon einmal an einer Tuberkulose erkrankt?

ja nein weiß ich nicht

Wann, wie lange und wo wurden Sie behandelt?

AZ: Name: Vorname: geb.: Fallnr.:

7.1. Gab es in Ihrer Familie, bei Freunden oder Nachbarn Personen, die an Tuberkulose erkrankt waren?

ja nein weiß ich nicht

7.2. Wann und wo wurde das letzte Mal die Lunge geröntgt?

ja nein weiß ich nicht

8. Haben oder hatten Sie Kontakt zu einer an Kinderlähmung(Poliomyelitis) erkrankten Person?

ja nein weiß ich nicht

Wann und wo?

8.1. Sind Sie gegen Kinderlähmung geimpft?

ja nein weiß ich nicht

Wann und wo?

8.2. Sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft?

ja nein weiß ich nicht

Wie oft und mit welchem Impfstoff?
Wann und wo?

8.3. Sind Sie gegen Masern geimpft?

ja nein weiß ich nicht

9.1. Im Falle einer ärztlichen Behandlung nach Transfer bin ich einverstanden, dass meine Befunde weitergegeben werden.

ja nein

Erstbefund:

Allg. Körperzustand:

Bewusstsein:

Psyche:

Haut/Schleimhaut:

Kopf und Hals:

Rachen:

LK / Schilddrüse

Thorax:

Cor:

Pulmo:

RR:

Abdomen:

Leber:

Milz:

Nierenlager:

Resistenz:

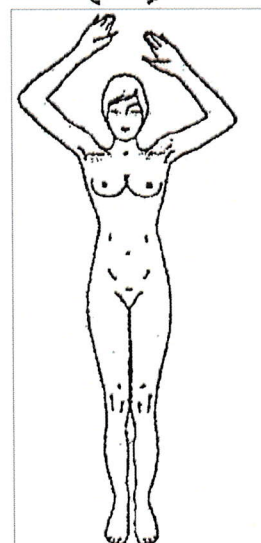
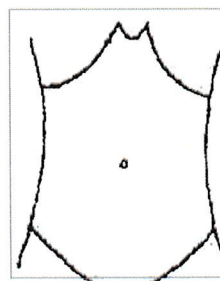
Bruch:

Stütz- und Bewegungsapparat:

Wirbelsäule:

Extremitäten:

Sonstige auffällige Befunde:



- Narbe
x Druckschmerz
o Resistenz
/// Schall
xxx Atemgeräusche
ooo Nebengeräusche

