



Медицинска история за прегледи в съответствие с §36 (4) от Закона за превенция и контрол на инфекциозните заболявания при хората (Закон за защита от инфекции - IfSG)

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

Име: (Vorname)	Фамилия: (Nachname)
Дата на раждане: (Geburtsdatum)	Пол: <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> д (Geschlecht: w / m / d)
Адрес: (Adresse)	
Телефонен номер: (Telefonnummer)	
Имейл адрес: (E-Mail-Adresse)	
MID: (детектор-за-множество-самоличности) (MID multiple-identity-detector)	AZR: Номер в Централен регистър на чужденците (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

Моля, въведете всички години с арабски цифри, ако е възможно. Благодарим Ви!

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

Боледували ли сте някога от туберкулоза? да не

Ако да, кога? _____

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

Кашляте ли от 2 или повече седмици? да не

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

Имате ли храчки с кръв, когато кашляте? да не

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

Имали ли сте затруднения с дишането през последните 2 или повече седмици? да не

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

Отслабнали ли сте през последните няколко месеца? да не

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

Имате ли болезнени възли на врата или под мишниците? да не

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

Потите ли се нощем? да не

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

Имате ли повишена температура (>38°C)? да не

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

Има ли някой в семейството Ви горните оплаквания? да не

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

Правили ли сте някога рентгенова снимка на белите си дробове? да не
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

Ако да, кога? _____ Имаше ли някакви аномалии? да не
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

Правили ли сте си някога изследване за туберкулоза? да не
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

Ако да, кога? _____ Какъв е резултатът от изследването? положителен отрицателен
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

Какъв вид беше изследването? кожен тест кръвен тест
Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

Имали ли сте контакт с човек, болен от туберкулоза? да не
Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

Ако да, кога? _____
Wenn ja, wann?

Работили ли сте в болница/медицинска амбулатория? да не
Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

Имате ли ваксина срещу туберкулоза (BCG)? да не
Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

Имате ли от заболяване на имунната система или онкологично заболяване? не знам да не
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

Приемате ли лекарства, които отслабват имунната система (напр. кортизон)? не знам да не
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

За жени: Бременна ли сте? да не
Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

Кога е терминът: _____
Wann ist der Entbindungstermin?

Дата: _____
Datum

Подпис: _____
Unterschrift

Име и подпис на родителите/настойниците: _____
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer