

Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



Zeitpunkt:

Befragung durch: behandelnden Arzt Koordinator Arzt und KoordinatorArt der Befragung: persönlich telefonischverfügbare Quellen: Krankenhausarzt Hausarzt Angehörige Sonstige:

Probleme bei der Befragung:

1. Ärztliche Behandlung in den letzten 12 Monaten:

 ja nein unbekanntAmbulante Behandlung: ja nein unbekannt

Kontaktdaten für ambulante Behandlung:

Grund der ambulanten Behandlung:

Stationäre Behandlung: ja nein unbekannt

Kontaktdaten für stationäre Behandlung:

Grund der stationären Behandlung:

Blutübertragung im Rahmen der Behandlung: ja nein unbekannt

falls ja - wo, Indikation:

2. Vorerkrankungen/Voroperationen:

 ja nein unbekanntDiabetes*: ja nein unbekanntBluthochdruck*: ja nein unbekanntkoronare Herzerkrankungen*: ja nein unbekanntHepatitis/Gelbsucht*: ja nein unbekanntTuberkulose*: ja nein unbekanntGeschlechtserkrankungen*: ja nein unbekanntandere Infektionserkrankungen (z.B. Malaria)*: ja nein unbekanntMamma- oder Brusttumor*: ja nein unbekanntMelanom oder Hauttumor*: ja nein unbekanntDarmtumor*: ja nein unbekanntProstatatumor*: ja nein unbekanntgynäkologischer Tumor*: ja nein unbekanntanderer Tumor*: ja nein unbekanntErkrankungen des Nervensystems / neurologische oder psychiatrische Erkrankungen*: ja nein unbekanntAutoimmunerkrankungen*: ja nein unbekanntBlutkrankheiten/Blutgerinnungsstörungen*: ja nein unbekanntfalls ja: mit Erhalt von humanen Gerinnungsprodukten*: ja nein unbekanntandere Vorerkrankungen*: ja nein unbekanntVoroperationen*: ja nein unbekannt

*falls ja, Details:

Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



3. Medikamente / Substanzen

regelmäßige Medikamenteneinnahme*: ja nein unbekannt*falls ja, Medikamente:
ggf. Extrablattregelmäßiger Schmerzmittelgebrauch: ja nein unbekanntRauchen*: ja nein unbekannt*falls ja, Dauer /
Umfang (pack years):Alkohol*: ja nein unbekannt*falls ja, Dauer /
Umfang:Injektionen ohne medizinische Indikation (iv, im, sc)
in den letzten 12 Monaten*: ja nein unbekanntHinweise auf Drogenkonsum (z.B. Aufputschmittel, Amphetamine, LSD,
Marihuana, Kokain etc.):* ja nein unbekanntDrogenkonsum iv / nasal*: ja nein unbekanntTattoos, Piercings, Akupunktur (in den letzten 12 Monaten)*: ja nein unbekannt

*ggf. Details:

4. Auffälligkeiten in den letzten Monaten (B-Symptome): ja nein unbekanntFieber / unklare Fieberschübe: ja nein unbekanntNachtschweiß: ja nein unbekanntKopfschmerzen: ja nein unbekanntGewichtsabnahme: ja nein unbekanntDiarrhoe: ja nein unbekanntLymphknotenschwellungen: ja nein unbekanntDysmenorrhoe / Blutungen: ja nein unbekannt

5. Zugehörigkeit zu Risikogruppen (HIV/HBV/HCV):

Keine der nachfolgenden Informationen ist verfügbar Prostitution (in den letzten 12 Monaten)*: ja nein unbekannthäufig wechselnde Sexualpartner (in den letzten 12 Monaten)*: ja nein unbekanntSexualpartner mit HIV, HBV oder HCV oder Risikofaktoren dafür
(in den letzten 12 Monaten)*: ja nein unbekanntAufenthalt in Strafanstalt (in den letzten 12 Monaten)*: ja nein unbekanntgleichgeschlechtlicher Sex mit Männern
(in den letzten 12 Monaten)*: ja nein unbekanntKinder HIV-positiver oder -gefährdeter Mütter (insbesondere jünger als
18 Monate alt oder in letzten 12 Monaten gestillt)*: ja nein unbekanntLangzeitaufenthalt in Gebiet mit hoher HIV- oder HBV- oder
HCV-Prävalenz*: ja nein unbekanntAndere Hinweise für erhöhtes Risiko (z. B. Kontakt mit offenen Wunden /
Blut / Schleimhäuten von HIV- / HBV- / HCV-gefährdeten Personen,
pos. Treponema pallidum-Nachweis, jeglicher V.a. mögliche
„window period“-Infektion)*: ja nein unbekannt

*falls ja, Details:

Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



6. Ausschluss von Blutspende: ja nein unbekannt

falls ja, Grund:

welche Blutbank:

7. Aufenthalt (in den letzten 3 Monaten) bzw. Zuwanderung von außerhalb der Bundesrepublik Deutschland: ja nein unbekannt

falls ja, wo(her) /

Dauer des

Aufenthaltes:

8. Impfungen in den letzten 4 Wochen: ja nein unbekannt

falls ja, bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Influenza (falls inhaliert) | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> Cholera (falls oral) |
| <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Polio (falls oral) |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Salmonella typhi (falls oral) | <input type="checkbox"/> BCG | |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Varizellen | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | | |

9. Vorliegen multiresistenter Keime: ja nein unbekannt

falls ja, Details (insb. welche Keime?):

10. Tierbiss / -verletzungen: ja nein unbekannt

falls ja, Details (insb. welches Tier?):

11. Bestehen Anhaltspunkte für eine Schwangerschaft: ja nein unbekannt

falls ja, Details:

12. Sonstige Anmerkungen:

Datum _____ Name des Arztes _____

Datum _____ Name des DSO-Koordinators _____

Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt und ist deshalb ohne Unterschrift gültig.