

## 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  unbekannt*\*falls Ja, sind im Feld Details ergänzende Informationen zu dokumentieren (insbesondere: Krankheitsbeginn, Art und Dauer der Behandlung einschließlich Medikation und Dosierung)*Diabetes\*:  ja  nein  unbekanntBluthochdruck (Hypertonie)\*:  ja  nein  unbekanntkoronare Herzerkrankungen\*:  ja  nein  unbekanntHepatitis / Gelbsucht\*:  ja  nein  unbekanntTuberkulose\*:  ja  nein  unbekanntGeschlechtserkrankungen\*:  ja  nein  unbekanntCOVID-19 oder SARS-CoV-2-Virus-Nachweis\*:  ja  nein  unbekanntandere Infektionserkrankungen (z.B. Malaria, Mpox (Affenpocken))\*:  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  unbekanntAllergien, atopische Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen\*:  ja  nein  unbekanntBlutkrankheiten, Blutgerinnungsstörungen\*:  ja  nein  unbekanntfalls ja, mit Erhalt von humanen Gerinnungsprodukten:  ja  nein  unbekannt

## Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



andere Vorerkrankungen*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Voroperationen*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

\*falls ja, Details:

## 3. Medikamente / Substanzen

regelmäßige Medikamenteneinnahme*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

\*falls ja, Medikamente:  
ggf. Extrablatt

regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Rauchen*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
-----------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

\*falls ja, Dauer /  
Umfang (pack years):

Alkohol*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
-----------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

\*falls ja, Dauer /  
Umfang:

Injektionen ohne medizinische Indikation (iv, im, sc) in den letzten 12 Monaten*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
--	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Hinweise auf Drogenkonsum (z.B. Aufputschmittel, Amphetamine, LSD, Marihuana, Kokain etc.)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
---	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Drogenkonsum iv / nasal*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Tattoos, Piercings, Akupunktur (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
--	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

\*falls ja, Details:

## Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:

Ort:

Klinik:



## 4. Auffälligkeiten in den letzten Monaten (B-Symptome):

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Fieber / unklare Fieberschübe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Nachtschweiß:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Kopfschmerzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Gewichtsabnahme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Diarrhoe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Lymphknotenschwellungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Dysmenorrhoe / Blutungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

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

Informationen sind nicht verfügbar / unklare medizinische oder soziale Anamnese\* 

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sexarbeit (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
häufig wechselnde Sexualpartner (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sexualverkehr mit einer Person, die mit HIV, HBV oder HCV infiziert ist oder eine der hier genannten Verhaltensweisen aufweist (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Aufenthalt in Strafanstalt (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sexualverkehr zwischen Männern (MSM) mit einem neuen Sexualpartner oder mehr als einem Sexualpartner (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Kinder HIV-positiver oder gefährdeter Mütter (<18 Monate oder in den letzten 12 Monaten gestillt)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Langzeitaufenthalt in Gebieten mit hoher HIV-, HBV- oder HCV-Prävalenz oder Sexualverkehr mit einer Person, die von dort eingereist ist (in den letzten 12 Monaten)*:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
enger Kontakt innerhalb einer häuslichen Lebensgemeinschaft mit dem Risiko einer Infektion mit HIV, HBV oder HCV (in den letzten 12 Monaten)*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

\*falls ja, Details:

oder falls unbekannt:

## 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 mit Lebendimpfstoffen:

 ja  nein  unbekannt

falls ja, bitte ankreuzen:

 Influenza (falls inhaliert) Varizellen Rotavirus Masern Mumps Röteln BCG Pocken Cholera (falls oral) Gelbfieber Polio (falls oral) Salmonella typhi (falls oral) sonstige:

## Anamnesebogen

Name:

Fallnummer:

Alter:



Ort:

Klinik:

## 9. Impfung gegen SARS-CoV-2:

 ja
  nein
  unbekannt

 falls ja, Impfungen  
 (Zeitpunkt/Impfstoff):

## 10. Vorliegen multiresistenter Keime:

 ja
  nein
  unbekannt

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

## 11. Tierbiss / -verletzungen:

 ja
  nein
  unbekannt

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

## 12. Bestehen Anhaltspunkte für eine Schwangerschaft:

 ja
  nein
  unbekannt

falls ja, Details:

## 13. Sonstige Anmerkungen (inkl. Kontakt zu SARS-CoV-2-Infizierten im Umfeld / Aufenthalt Risikogebiete / Situation auf Intensivstation):

Datum

Name des Arztes

Datum

Name des DSO-Koordinators