

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"/>		
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:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
falls ja, Grund:			
welche Blutbank:			

7. Aufenthalt (in den letzten 3 Monaten) bzw. Zuwanderung von außerhalb der Bundesrepublik Deutschland:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
falls ja, wo(her) / Dauer des Aufenthaltes:			

8. Impfungen in den letzten 4 Wochen mit Lebendimpfstoffen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
falls ja, bitte ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> Influenza (falls inhaliert)	<input type="checkbox"/> Varizellen	<input type="checkbox"/> Rotavirus	
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln	
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> Pocken	<input type="checkbox"/> Cholera (falls oral)	
<input type="checkbox"/> Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Polio (falls oral)	<input type="checkbox"/> Salmonella typhi (falls oral)	
<input type="checkbox"/> 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