

Patienten-ID: _____

Zeitpunkt: _____

Befragung durch behandelnden Arzt Koordinator

Art der Befragung persönlich telefonisch

verfügbare Quellen Krankenhausarzt Hausarzt

Angehörige Sonstige

Probleme bei der Befragung: _____

- 1. Ärztliche Behandlung** in den letzten 12 Monaten ja nein unbekannt
- Ambulante 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: _____

Blutübertragungen im Rahmen der Behandlungen ja nein unbekannt

falls ja - wo, Indikation: _____

- 2. Vorerkrankungen/Voroperationen** ja nein unbekannt

Diabetes* ja nein unbekannt

Bluthochdruck* ja nein unbekannt

koronare Herzerkrankungen* ja nein unbekannt

Hepatitis/Gelbsucht* ja nein unbekannt

Tuberkulose* ja nein unbekannt

Geschlechtserkrankungen* ja nein unbekannt

andere Infektionserkrankungen (z.B. Malaria)* ja nein unbekannt

Mamma- oder Brusttumor* ja nein unbekannt

Melanom oder Hauttumor* ja nein unbekannt

Darmtumor* ja nein unbekannt

Prostatatumor* ja nein unbekannt

gynäkologischer Tumor* ja nein unbekannt

anderer Tumor* ja nein unbekannt

Erkrankungen des Nervensystems/neurologische oder psychiatrische Erkrankungen* ja nein unbekannt

Autoimmunerkrankungen* ja nein unbekannt

Blutkrankheiten/Blutgerinnungsstörungen* ja nein unbekannt

falls ja: mit Erhalt von humanen Gerinnungsprodukten* ja nein unbekannt

Patienten-ID: _____

andere Vorerkrankungen* ja nein unbekanntVoroperationen* ja nein unbekannt

*falls ja, Details: _____

3. Medikamente/Substanzenregelmäßige Medikamenteneinnahme* ja nein unbekannt

*falls ja, Medikamente ggf. Extrablatt _____

regelmäßiger 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 unbekannt

Hinweise auf Drogenkonsum (z.B. Aufputschmittel, Amphetamine, LSD, Marihuana, Kokain etc.)*

 ja nein unbekannt

Drogenkonsum iv/nasal*

 ja nein unbekannt

Tattoos, Piercings, Akupunktur (in den letzten 12 Monaten)*

 ja nein unbekannt

*ggf. Details: _____

4. Auffälligkeiten in den letzten Monaten (B-Symptome)Fieber/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* ja nein unbekannthäufig wechselnde Sexualpartner (in den letzten 12 Monaten)* ja nein unbekannt

Sexualpartner mit HIV, HBV oder HCV oder Risikofaktoren

dafür (in den letzten 12 Monaten)* ja nein unbekannt

Aufenthalt in Strafanstalt (in den letzten 12 Monaten)*

 ja nein unbekannt

gleichgeschlechtlicher Sex mit Männern

(in den letzten 12 Monaten)* ja nein unbekannt

Patienten-ID: _____

Kinder HIV-positiver oder -gefährdeter Mütter (insbesondere jünger als 18 Monate alt oder in letzten 12 Monaten gestillt)* ja nein unbekannt

Langzeitaufenthalt in Gebiet mit hoher HIV- oder HBV- oder HCV-Prävalenz* ja nein unbekannt

Andere 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: _____

6. Ausschluss von Blutspende ja nein unbekannt

falls ja, Grund: _____

welche Blutbank: _____

7. Aufenthalt (in den letzten 3 Monaten) bzw. Zuwanderung von außerhalb Nord-Mitteleuropa 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/-verletzung 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 | Unterschrift des Arztes | Name in Druckbuchstaben

Datum | Unterschrift des DSO-Koordinators | Name in Druckbuchstaben