

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/Substanzen**regelmäßige 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  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: \_\_\_\_\_

**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:

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