

## Anamnesebogen Erstuntersuchung (dt., engl., ukr.)

### Allgemeine Daten/General data/Персональні дані

Anschrift/Address/Адреса: \_\_\_\_\_

Name/Family name/Прізвище: \_\_\_\_\_

Vorname/First name/Ім'я: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Date of birth/Дата народження: \_\_\_\_\_ Alter/Age/вік: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Mobile phone/телефон/мобільний: \_\_\_\_\_

### A. Angaben zum Gesundheitsstatus/Information about your health/Інформація про стан здоров'я

**1. Haben Sie zur Zeit gesundheitliche Beschwerden?/Do you have currently any problems with your health?/Чи маєте Ви на цей час скарги на стан здоров'я?**

Ja/Yes/Так

Nein/No/Ні

Wenn ja, woran genau leiden Sie/ If so, what exactly do you suffer from/  
Якщо так, що саме Вас турбує:

Schnupfen/common cold/нежить	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Geruchs- oder Geschmacksverlust/ Lost of smell or taste/втрата нюху та смаку	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen/sore throat/біль у горлі	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Husten/cough/кашель	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Fieber/fever/гарячка	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/abdominal pain/біль у животі	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Durchfall/diarrhea/діарея	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Hautausschlag/skin rash/висипання на шкірі	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Juckreiz/itching/свербіж	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß/night sweat/нічна пітливість	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>
Sonstiges/other things/інше	ja/yes/так <input type="checkbox"/>	nein/no/ні <input type="checkbox"/>

**2. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?/Do you suffer from any chronic diseases?/ Чи є у Вас хронічні захворювання?**

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Wenn ja, welche?/If yes, what kind of disease?/Якщо так, то які саме?

**3. Haben Sie in der Vergangenheit eine Tuberkuloseerkrankung durchgemacht?/Did you suffer from a tuberculosis disease in the past?/Чи хворіли Ви на туберкульоз в минулому?**

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Falls ja, welche Art der Tuberkulose (z.B. Lungen- oder Lymphknotentuberkulose?/If yes, what kind of tuberculosis disease (for instance tuberculosis of the lung or lymph nodes)?/Якщо так, то на яку різновидність туберкульозу (наприклад, легеневий чи туберкульоз лімфатичних вузлів)

Wann und wie lange sind Sie medikamentös behandelt worden?/When und how long did you get a medical treatment?/Коли і протягом якого часу Ви лікувалися медичними препаратами?

**4. Haben Sie in der Vergangenheit eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht?/Did you suffer from a Covid-19-disease in the past?/Чи перенесли Ви інфекцію SARS-CoV-2 в минулому?**

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Wenn ja, wann genau?/If yes, when exactly?/Якщо так, то коли саме?

**5. Bestehen bei Ihnen Allergien?/Do you suffer from any kind of allergy?/Чи маєте Ви алергію?**

Ja/Yes/Так

Nein/No/Hi

Falls ja, gegen z.B.:/if yes, an allergy against for instance:/Якщо так, то на що саме:

Hühnereiweiß/chicken protein/курячий білок

ja/yes/так

nein/no/ні

Antibiotika/antibiotics/антибіотики

ja/yes/так

nein/no/ні

Gegen Sonstiges/against others/інше

ja/yes/так

nein/no/ні

**6. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?/Do you take any medicine at the moment?/Чи приймаєте Ви ліки в даний час?**

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Wenn ja, welche?/If yes, what kind of medicine?/Якщо так, то які саме?

**7. Haben Sie einen Impfausweis bei sich ?/Do you have a vaccination certificate with you?/ Чи маєте Ви при собі карту профілактичних щеплень?**

Ja/yes/так

Nein/no/ні

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur, wenn Sie keinen Impfausweis mit sich führen./Please answer the following questions only if you don't have a vaccination passport with you./ Просимо Вас відповісти на наступні питання лише у випадку відсутності карти профілактичних щеплень.**

Sind Sie in der Vergangenheit gegen Masern geimpft worden?/Did you get a vaccination against **measles** in the past?/Чи робили Вам в минулому **щеплення проти кору**?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Unbekannt/I don't know/не знаю

Masernimpfung-Datum/Date of vaccination/Щеплення проти кору - дата вакцинації:

Sind Sie in der Vergangenheit gegen **SARS-CoV-2** geimpft worden?/Did you get a vaccination against **Covid-19** disease in the past?/Чи робили Вам в минулому щеплення проти **SARS-CoV-2**?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Unbekannt/I don't know/не знаю

Falls ja, wann in etwa, wie oft und mit welchem Impfstoff sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft worden?/If yes, when approximately, how often and with which kind of vaccine did you get the vaccination against Covid-19 disease?/Якщо так, то коли приблизно, скільки разів та якою вакциною Вам робили щеплення проти SARS-CoV-2?

1. Impfung/1. vaccination/Перше щеплення: \_\_\_\_\_

2. Impfung/2. vaccination/Друге щеплення: \_\_\_\_\_

3. Impfung/3. Vaccination/Третє щеплення: \_\_\_\_\_

Sonstiges/Інші:

**8. Bei weiblichen Personen:/If you are a female:/Для осіб жіночої статі:**

Sind Sie schwanger?/Are you pregnant?/Ви вагітна?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Unbekannt/I don't know/невідомо

Schwangerschaftstest durchgeführt?/Was done a pregnancy test?/Чи робили Ви тест на вагітність?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

Wenn ja, wie war das Ergebnis?/If yes how was the result?/Якщо так, то яким був результат?

Positiv/positiv/позитивний

Negativ/negativ/негативний

Falls Schwangerschaft besteht, gibt es Probleme?/In case of pregnancy do you have any problems?/Якщо Ви вагітна, то чи маєте Ви якісь проблеми?

Ja/yes/так

Nein/no/ні

**Ich möchte gerne einen Arzt/Ärztin sehen / I would like to see a doctor / Я хотів би до лікаря:**

Ja/yes/так

Nein/no/ні

- Dringend, sofort / Urgent, immediately / Терміново/негайно
- In den nächsten 2 Wochen / In the next 2 weeks / У наступні 2 тижні

- Hausarzt, Arzt für Erwachsene / general practitioner, family doctor / Сімейний лікар, лікар для дорослих
- Kinderarzt / pediatrician / педіатр
- Frauenarzt / gynecologist / гінеколог
- Zahnarzt / dentist / стоматолог

**Bitte abgeben bei den Betreuern / Please hand it in to the supervisors / Будь ласка, передайте його керівникам!**

---

## **B. Vom Arzt auszufüllen/Заповнюється лікарем**

**Körperliche Untersuchung/Фізикальне обстеження:**

Mund – und Rachenraum/*Ротова порожнина, глотка:*

Sinnesorgane/*Органи чуття:*

Herz/Kreislauf/*Серце/серцево-судинна система:*

Atmungsorgane/*Органи дихання:*

Abdomen/*Живіт:*

Haut/*Шкіра:*

Gelenke/Wirbelsäule/*Суглоби/хребет:*

Psychopathologischer Befund/*психіки:*

Sonstiges/*Інше:*

**Weitergehende zu veranlassende bzw. bereits veranlasste Maßnahmen (z.B. ärztliche Vorstellung, KH-Einweisung, Verordnungen etc.)/Подальші необхідні чи вживані заходи (напр., консультація лікаря, направлення до лікарні, рецепти/призначення тощо):**

**Folgendes ist aus ärztlicher Sicht zu veranlassen:**

Pflicht:

- Masernimpfung
  - 1 Impfung
  - 2 Impfungen
- Röntgen-Thorax
- Quantiferon-Test
- Schuleingangsuntersuchung / Abklärung Frühförderung

Empfehlung:

**Impfung gegen**

- Corona
- Meningokokken C
- 6-fach: TdaP+Polio
- Hep B

**ambulante ärztliche Versorgung bei**

- Hausarzt
- Kinderarzt
- ZIP, psychiatrische Institutsambulanz
- Gesundheitsamt:
  - Sozialpsychiatrischer Dienst
  - Kinder und Jugendärztlicher Dienst
- weiteres:

Ort, Datum

Unterschrift