

Anlage 6: Musterpatientenfragebogen zur Ermittlung von anamnestischen, klinischen und diagnostischen Angaben bei Infektionspatienten

Patientenfragebogen : Spezifische Anamnese bei hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten (z. B. VHF, Lungenpest oder Affenepocken)		
Name:	Vorname:	Ermittlungs-Datum: Uhrzeit:
Aufenthaltort derzeit:		Tel.: FAX:
Wohnort:		
Nationalität:	Reisepass-Nr.	
Geburtsdatum:	Datum Krankheitsausbruch (Erst-Symptome):	
vorbehandelnder Arzt:		Tel.:
Schutzimpfungen gegen: <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Jap. Enzephalitis <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> andere:		Impfpass liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Malaria-Prophylaxe:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja und zwar:	
Medizinische Vorbehandlung • im Endemiegebiet: • verabreichte Medikamente:		
Meldung an zuständiges Gesundheitsamt:		
Gesprächspartner:	Datum:	Uhrzeit:

	Tel.: FAX:
erstaufnehmendes Krankenhaus:	Tel.: FAX:

ergänzende Angaben:			
Hatte der Patient Kontakt mit einem bestätigten Fall oder einem Verdachtsfall von VHF, Lungenpest oder Affenpocken oder mit Körperflüssigkeiten/-gewebe/Untersuchungsmaterial derartiger Fälle ?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja , mit Verdachtsfall	<input type="checkbox"/> ja , mit bestätigtem Fall
mit	<input type="checkbox"/> lebendem Patienten	<input type="checkbox"/> Verstorbenem	<input type="checkbox"/> Körperflüssigkeiten/-gewebe/Untersuchungsmaterial

War der Patient 3 Wochen vor Einsetzen der Symptome in einem Endemiegebiet ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja			
	Aufenthaltsort/-land:	vom:	bis:
Wohnung / Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Hotel:	<input type="checkbox"/> Camping:	<input type="checkbox"/> Trekking:
<input type="checkbox"/> andere:			
Tätigkeit vor Ort:	<input type="checkbox"/> Urlaub:	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise:	<input type="checkbox"/> andere Tätigkeit:
Kontakt mit Tieren? nähere Umstände d. Kontaktes:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja , mit:	am:
Aktivitäten im Freien? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja (z.B. Freizeit-/Sportaktivitäten):			

- welcher Art?	nein
i.v.-Drogengebrauch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere mögliche Risikofaktoren / Expositionen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
<ul style="list-style-type: none"> wann, welcher Art? 	

Abreise-Datum aus dem Endemiegebiet:	
FlugNr./Schiffsfahrtsroute:	Fluggesellschaft/Fluglinie/ Reederei
Sitz-Nr.:	
Hatte der Patient Symptome / War der Patient krank?	
- während der Reise?	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> unbekannt
- während einer Zwischenlandung?	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> unbekannt
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Aktuelle Symptome / Befunde	
<input type="checkbox"/> Fieber °C seit:	<input type="checkbox"/> Arthralgien/Myalgien
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Pharyngitis
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Blutungen
<input type="checkbox"/> blutiger Durchfall	<input type="checkbox"/> Schock
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ödeme
<input type="checkbox"/> Exanthem/Enanthem	<input type="checkbox"/> retrosternale / abdominelle Schmerzen
<input type="checkbox"/> Nierenversagen	<input type="checkbox"/> DIC
<input type="checkbox"/> Proteinurie	<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie
<input type="checkbox"/> Lympho-/Granulopenie	<input type="checkbox"/> erhöhte SGOT
weitere klinische Informationen:	

Kontaktpersonen

Wer war bisher bei der **Betreuung/Pflege/Behandlung/Diagnostik**/bei dem **Transport** exponiert bzw. ist mit **Körperflüssigkeiten / Untersuchungsmaterialien** des Patienten **in Berührung** gekommen?

- niemand Verwandte/Freunde vorbehandelnder Arzt/Arzthelferin
 Krankentransportpersonal Laborpersonal andere:

Namens-/Anschriftenliste als Anlage