

Patientenanamnesebogen

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: __ / __ / __

Aufenthaltort

Anschrift: _____

Ort: _____ / _____

Tel.: _____ / _____

E-Mail: _____

Wohnort (wenn von oben abweichend):

Anschrift: _____

Ort: _____

Tel.: _____

Zuständiges Gesundheitsamt

Stadt/Landkreis: _____

Anschrift: _____

Ort: _____ / _____

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____ / _____

Erstaufnehmendes Krankenhaus

Name: _____

Anschrift: _____

Ort: _____ / _____

Ansprechpartner: _____

Klinikleiter: _____

Tel.: _____ / _____ oder / _____

Aktuelle Symptome/Befunde

- | | | |
|--|-------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Fieber (bis __, __ °C) | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Schock | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> DIC | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Thrombopenie | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Nierenversagen | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Arthralgien/Myalgien | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Exanthem/Enanthem | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Lympho-/Granulopenie | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Pharyngitis | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Effloreszenzen (_____) | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> Ödeme | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |
| <input type="checkbox"/> _____ | seit Datum __ / __ / __ | Uhrzeit: __ : __ |

Vorbehandlung

Wurde eine medizinische Behandlung im Endemiegebiet durchgeführt?

- ja nein unbekannt

Wenn ja, durch wen?

- Arzt Krankenhaus andere medizinische Einrichtung unbekannt

Wurden Medikamente verabreicht?

- unbekannt nein ja

➔ Wenn ja, welche Medikamente?

Medikament: _____ Dosis: _____ / Tag, Woche

Medikament: _____ Dosis: _____ / Tag, Woche

Medikament: _____ Dosis: _____ / Tag, Woche

Impfungen (vollständig im Impfpass dokumentiert!)

Malariaprophylaxe ja nein unbekannt

Gelbfieber HAV HBV Jap. Enzephalitis Meningitis Polio

Tetanus unbekannt weitere: _____

Bitte füllen Sie den rückseitigen Reiseanamnesebogen so sorgfältig wie möglich aus!

Reisezeitraum		Land	Region	Symptome	Unterbringung*	Kontakt**
Einreise	Ausreise					
tt.mm.jj	tt.mm.jj			ja/nein	1, 2, 3, 4, 5	A, B, C, D, E

*Unterbringung: 1 = gehobenes Hotel; 2 = einfaches Hotel; 3 = bei Einheimischen; 4 = Camping/Walking; 5 = unbekannt
 **Kontakt mit: A = lebendem Patienten; B = Verstorbenem; C = Tieren (auch Bisse); D = Insektenstiche; E = kein derartiger Kontakt

Vermuteter oder wahrscheinlicher Ansteckungsort

Infektion im Ausland Infektion im Inland Laborinfektion* unbekannt

Erste Symptomatik in Deutschland innerhalb von 3 Wochen nach der Einreise?

ja nein unbekannt

War der Patient während der Reise im Transportmittel symptomatisch?

ja nein unbekannt

***Bei möglicher oder wahrscheinlicher Laborinfektion**

Name des Labors oder der Forschungseinrichtung: _____

Anschrift: _____

Ort: _____ / _____ Tel.: _____ / _____ oder / _____

Kontakt bestand mit:

Labortieren Körperflüssigkeiten Gewebe sonst. Probenmaterial unbekannt

Vorerkrankungen

Erkrankung: _____ seit: __ / __ / __ behandelt: ja nein

Erkrankung: _____ seit: __ / __ / __ behandelt: ja nein

Erkrankung: _____ seit: __ / __ / __ behandelt: ja nein

Weitere Informationen