

# Zusatzbogen zur Anamnese

## Körpernahe Tätigkeiten

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

<b>Fragen für Beschäftigte die mit Lebensmitteln in Kontakt kommen:</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Leiden Sie an einer infektiösen Durchfallerkrankung (insbesondere Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose) oder einer Virushepatitis A oder E bzw. besteht Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Auslandsaufenthalt (z.B. Urlaub, Kur, Beruf)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja:	Wann zuletzt? ..... Wo? .....		

<b>Fragen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in infektionsgefährdeten Bereichen:</b>			<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
<b>Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA wann erfolgte die letzte Impfung?</b>				
<b>Hepatitis A</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hepatitis B</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tetanus</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Masern-Mumps-Röteln</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Varizellen (Windpocken)</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tuberkolose</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Polio</b>	Datum:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten (z.B. Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?				
<b>Hatten Sie schon einmal Kontakt mit Tuberkolose Patienten?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Hinweis: Alle Angaben sind freiwillig.*

Datum, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift