

Patienten-ID: _____

Zeitpunkt: _____

Befragung durch ☐ behandelnden Arzt ☐ KoordinatorArt der Befragung ☐ persönlich ☐ telefonischverfügbare 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 ☐ unbekanntDiabetes* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntBluthochdruck* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntkoronare Herzerkrankungen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntHepatitis/Gelbsucht* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntTuberkulose* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntGeschlechtserkrankungen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntandere Infektionserkrankungen (z.B. Malaria)* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntMamma- oder Brusttumor* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntMelanom oder Hauttumor* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntDarmtumor* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntProstatatumor* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntgynäkologischer Tumor* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntanderer Tumor* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntErkrankungen des Nervensystems/neurologische oder psychiatrische Erkrankungen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntAutoimmunerkrankungen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntBlutkrankheiten/Blutgerinnungsstörungen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntfalls ja: mit Erhalt von humanen Gerinnungsprodukten* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Patienten-ID: _____

andere Vorerkrankungen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntVoroperationen* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

*falls ja, Details: _____

3. Medikamente/Substanzenregelmäßige 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 ☐ unbekanntDrogenkonsum iv/nasal* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntTattoos, 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 ☐ unbekanntSexualpartner mit HIV, HBV oder HCV oder Risikofaktoren dafür (in den letzten 12 Monaten)* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntAufenthalt in Strafanstalt (in den letzten 12 Monaten)* ☐ ja ☐ nein ☐ unbekanntgleichgeschlechtlicher 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) | ☐ Varizellen |
| ☐ FSME | ☐ Rotavirus |
| ☐ Masern | ☐ Mumps |
| ☐ Röteln | ☐ BCG |
| ☐ Pocken | ☐ Cholera (falls oral) |
| ☐ Gelbfieber | ☐ Polio (falls oral) |
| ☐ Salmonella typhi (falls oral) | ☐ 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. Sonstige Anmerkungen

Datum | Unterschrift des Arztes | Name in Druckbuchstaben

Datum | Unterschrift des DSO-Koordinators | Name in Druckbuchstaben