

Muster-Dokumentationsbogen zur ärztlichen Erstuntersuchung von Asylsuchenden gemäß § 62 AsylG und § 36 IfSG

Impfen?

Wir weisen Sie darauf hin, dass unrichtige oder falsche Angaben zum
Verlust des Schutzstatus führen können!

Попереджаємо Вас про те, що надання неправдивих даних може призвести до втрати
статусу захищеної інформації!

ID-Nr./ ID Номер _____

Name (Прізвище): _____ **Vorname (Ім'я):** _____

Geburtsdatum (дата народження): _____ **Geburtsland (країна народження):** _____

Derzeit wohnhaft (теперішнє місце проживання): _____

Handynummer (freiwillige Angabe!) (номер телефону (за бажанням!)) _____

Geschlecht: **Männlich** **Weiblich** Schwanger? nein ja, SSW: __Unbekannt

Стать: Чоловіча Жіноча Вагітна? Ні так тиждень вагітності невідомо

Größe: cm Gewicht: kg Beschwerden aktuell: ja nein

Зріст: см Вага кг актуальні скарги так ні

Welche:
Які саме?

SPEZIFISCHE AKTUELLE ANAMNESE		Медична історія						
		Ja Так	Beginn Початок	Nein Ні		Ja Так	Beginn Початок	Nein Ні
	Tbc in der Familie Туберкульоз у родині	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Kind an Tbc erkrankt В дитинстві хворіли на туберкульоз	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Chronische Krankheiten Хронічні захворювання	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Asthma, Epilepsie; Immunschwäche o.ä. Астма, епілепсія, імунний дефіцит і т.п.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Regelmässige Medikamente Ліки, які приймає на постійній основі	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Allergien Алергії	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Husten Кашель	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Durchfall Діарея	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Auswurf Мокротиння	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Erbrechen/Übelkeit Блювота/нудота	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Eitrig Зі слизом	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hautausschlag Шкірний висип	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Blutig З кров'ю	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Juckreiz Свербіж	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Begleit-Symptomatik Сутупні симптоми								
		Ja Так	Beginn Початок	Nein Ні		Ja Так	Beginn Початок	Nein Ні
	Appetitmangel Відсутність апетиту	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Allgemeine Schwäche Загальна слабкість	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Fieber Висока температура	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nächtliches Schwitzen Нічна пітливість	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Sonstige Symptome/ Erkrankungen:
Інші симптоми/захворювання:

IMPFFSTATUS (wenn kein Pass vorliegt = nicht geimpft!) Статус вакцинацій (без карти вакцинацій = не вакцинований)	Ja Так	Nein Ні
Internat. Impfpass vorhanden Є наявний міжнародний паспорт вакцинації	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internat. Impfpass anhand übersetzter Daten ausgestellt? Міжнародний паспорт вакцинацій виданий на підставі перекладених даних?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern/ Mumps/Röteln Кір/свинка(паротит)/краснуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. MMR (КПК): 2. MMR (КПК): Windpocken Вітрянка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Varicellenimpfg. 1. Вакцина від вітрянки: 2. Varicellenimpfg.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie/ Keuchhusten/Wundstarrkrampf-Tetanus/Kinterlähmung Дифтерія/кашлюк/Правець/поліомієліт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boostrix Polio (Di-Ke-Wu-Polio):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Covid -19: 2. Covid -19: 3.Covid -19 : Impfstoff: Вакцинація від ковід-19 Яка вакцина:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG Impfung? Tuberkulose БЦЖ (Туберкульоз)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis- Impfung? Гепатит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfangebot nötig? Чи потрібні пропозиції щодо вакцинацій?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Impfung einverstanden! Unterschrift Patient: З записами про вакцинацію погоджуюсь! Підпис пацієнта:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient/-in wünscht Impfung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boostrix-Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid-19 Booster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Covid 19- Komplett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er/Sie lebt in einer Privatunterkunft:

Gemeinschaftsunterkunft:

1. Ausfüllen und Bescheinigung auf Seite 2 unterschreiben
2. Beidseitig kopieren und die Kopie dem/der Untersuchten für die persönlichen Unterlagen mitgeben
3. Bescheinigung zur Vorlage bei der Einrichtung vom Original abtrennen und mitgeben
4. Verbleibenden Teil des Originals mit Kürzel versehen, spätere Befunde dokumentieren und archivieren

Hinweise für den Arzt/ die durchführende Stelle: Gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) und § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) müssen Asylsuchende die eine körperliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten dulden, um Übertragungen in Gemeinschaftsunterkünften vorzubeugen und ggf. spezifische Behandlungen übertragbarer Erkrankungen einzuleiten zu können. Dieses Formular definiert und dokumentiert die Durchführung eines **Mindeststandards**, der aus Sicht des RKI im Sinne des Infektionsschutzes vor oder unverzüglich nach Aufnahme in die Gemeinschaftsunterkunft indiziert ist. Die Untersuchung auf übertragbare Erkrankungen muss bei positivem Befund an ein gleichzeitiges Therapieangebot und die Einleitung erforderlicher Infektionsschutzmaßnahmen gekoppelt sein. Die Ergebnisse der Untersuchung sollten keinen Einfluss auf das Asylverfahren haben. Die individuellen Untersuchungsbefunde verbleiben bei den ärztlichen Unterlagen der durchführenden Stelle und werden dem Asylsuchenden in Kopie ausgehändigt. Sie sind nicht zur Weitergabe an Dritte vorgesehen.



**BESCHEINIGUNG zur Vorlage bei der Gemeinschaftsunterkunft
über die ärztliche Untersuchung gemäß § 62 AsylG und § 36
IfSG**

Herr / Frau Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wurde am _____ auf Grund des §62 des AsylG und §36 IfSG ärztlich untersucht.

Er/Sie lebt in einer Privatunterkunft: Gemeinschaftsunterkunft:

Soweit sich nach der Durchführung der verpflichtenden Untersuchung erkennen lässt bestehen aus Sicht des Infektionsschutzes medizinische Bedenken gegen die Unterbringung in einer

Gemeinschaftseinrichtung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Vorbehaltlich ausstehender Befunde:
Ein Impfangenbot ist nötig:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Das Untersuchungsergebnis ist dem Untersuchten mitgeteilt worden.			
.....	
Ort, Datum	Unterschrift Arzt / Ärztin	Stempel Arzt/Ärztin	
Stand: 02.05.2022			