

B5 Erfassungsbogen: Anamnese- und Untersuchung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d </div>
<input type="checkbox"/> Pax <input type="checkbox"/> Besatzung / Position:	Nationalität:
1. Reiseanamnese (Gesundheitsfragen der Aussteigekarte)	
<ul style="list-style-type: none"> - Seit wann an Bord? Aufstiegsdatum und Aufstieghafen - Reiseverlauf vor Aufstieg - Landseitige Aktivitäten 	
2. Aktuelle Anamnese	
<ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle Beschwerden - Symptombeginn - Vorstellung Hospital? (Medical Log checken) 	
3. Allgemeine Anamnese	
Chronische Erkrankungen / Allergien:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme:	
Schwangerschaft:	
4. Untersuchung / Diagnostik	
Krankheitszeichen / Symptome	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Bauchmerzen <input type="checkbox"/> Sonstige: </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Hautausschlag <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Blutungen _____ <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Meningismus <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen </div> </div>

Körperlicher Untersuchungsbefund

Temperatur: _____ °C

Herzfrequenz: _____ /min

Blutdruck: _____ / _____ mmHg

Sauerstoffsättigung: _____ %

5. Probennahmen

Abstrich	Blut	Sonstige
<input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Abstrichtupfer mit Medium <input type="checkbox"/> Abstrichtupfer ohne Medium	<input type="checkbox"/> EDTA K 7,5ml <input type="checkbox"/> Serum-Gel 7,5ml	<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin

6. Therapie / Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Medikation <input type="checkbox"/> Postexpositions-prophylaxe <input type="checkbox"/> Impfung Präparat(e): _____	Maßnahmen gem. Infektionsschutzgesetz: <input type="checkbox"/> Quarantäne <input type="checkbox"/> Isolation <input type="checkbox"/> Tätigkeitsverbot <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Verbleib: <input type="checkbox"/> An Bord <input type="checkbox"/> Quarantäneeinrichtung <input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Krankenhaus	<u>Zuständiges Gesundheitsamt:</u> <u>Ansprechpartner:</u> <u>Tel.:</u> <input type="checkbox"/> Zuständiges Gesundheitsamt informiert
--	--	---

Ort: _____

Datum: _____ / _____ / _____

Uhrzeit: _____ : _____

Name: _____

Unterschrift: _____