

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

ID-Nr: _____

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsland:** _____

Derzeit wohnhaft: _____

Handynummer (freiwillige Angabe!) _____

Geschlecht: Männlich Weiblich Schwanger? nein ja, SSW: __ Unbekannt

IMPFFSTATUS	Ja	Nein
Impfpass vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfangebot nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kürzel Arzt: _____

SPEZIFISCHE AKTUELLE ANAMNESE									
		Ja	Beginn	Nein			Ja	Beginn	Nein
Husten		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Durchfall		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Auswurf		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Erbrechen/Übelkeit		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Eitrig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hautausschlag		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Blutig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Juckreiz		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Begleit-Symptomatik									
		Ja	Beginn	Nein			Ja	Beginn	Nein
	Appetitmangel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Allgemeine Schwäche		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Fieber	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nächtliches Schwitzen		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
KÖRPERLICHER UNTERSUCHUNGSBEFUND									
		Ja					Nein		
Fieber		<input type="checkbox"/>	Temperatur		°C		<input type="checkbox"/>		
Anhalt für akute Masern oder Windpocken		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		
Anhalt für Skabies		<input type="checkbox"/>	Behandlung begonnen?		<input type="checkbox"/>	Datum	<input type="checkbox"/>		
Anhalt für Kopflausbefall (bei anam. Hinweisen)		<input type="checkbox"/>	Behandlung begonnen?		<input type="checkbox"/>	Datum	<input type="checkbox"/>		

Kürzel Arzt: _____

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.

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

TB-SPEZIFISCHE DIAGNOSTIK	Veranlasst	Datum		Ergebnis		
				Auffällig	Unklar	Ohne pathol. Befund
Röntgen-Thorax (in einer Ebene)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Kontroll-Röntgen-Thorax	<input type="checkbox"/>	In 3 Monaten <input type="checkbox"/>	In 6 Monaten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. CT-Thorax	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. IGRA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Tuberkulin-Hauttest	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Sputum-Mikroskopie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kürzel Arzt: _____

Notizen

Kürzel Arzt: _____

-----✂-----
**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.

Soweit sich nach der Durchführung der verpflichtenden Untersuchung erkennen lässt bestehen aus Sicht des Infektionsschutzes medizinische Bedenken gegen die Unterbringung in einer Gemeinschaftseinrichtung: Ja Nein Vorbehaltlich ausstehender Befunde

Ein Impfangebot ist nötig: Ja Nein

Das Untersuchungsergebnis ist dem Untersuchten mitgeteilt worden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arzt / Ärztin

.....
Stempel Arzt/Ärztin