



Ärztliche Behandlungen (nach § 4 AsylbLG):

Arztvorstellung am _____

Diagnose (nach ICD): _____

Maßnahme: _____

Arztstempel: _____ Unterschrift: _____

Arztvorstellung am _____

Diagnose (nach ICD): _____

Maßnahme: _____

Arztstempel: _____ Unterschrift: _____

Befundbogen der ärztlichen Erstuntersuchung (Medical record) ukr Geflüchteter

Name, Vorname

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Landeseinrichtung
 Kommunale Einrichtung
 privat

Datum: _____

Gesundheitszustand nach ärztlicher Untersuchung:

Kein Hinweis auf infektiöse oder akute Erkrankungen

Erkrankung / Verdacht auf: _____

Schwanger oder Schwangerschaftsverdacht: _____

Besonderheit:

Tuberkulose-Untersuchung (nach § 36 Abs. 4 IfSG)

Röntgen-Thorax am _____ in _____

Befund: OpB

auffällig → Meldung ans Gesundheitsamt _____

IFG-Test: abgenommen am _____ in _____

Befund: OpB

auffällig → Meldung ans Gesundheitsamt _____

Tuberkulin Hauttest: angelegt am _____ in _____

abgelesen _____ in _____

Befund: OpB

auffällig → Meldung ans Gesundheitsamt _____

symptomorientierte ärztliche Untersuchung

(bei Kindern unter 6 Jahre wenn BCG-Impfung bekannt oder wenn der THT-Test nicht verfügbar ist)

OpB

Positiv oder bekannte Exposition → IGRA oder Röntgen-Thorax

Impfstatus

Impfung erfolgt durch

Name des Arztes

Ort, Datum

Impfungen MMR-V

IPV

HBV

Hib

DTaP

Covid-19

keine Impfung erfolgt wegen

Schwangerschaft

Krankheit
