

**Anlage 2.2**

(zu Ziffer I Nummer 2.3 Satz 2)

**Fragebogen zur Erhebung der Anamnese – Kinder**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich  Nationalität: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

- |     |   |    |                          |      |                          |
|-----|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 1.  | Ist Ihr Kind krank?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?                                 | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Ist Ihr Kind gegen Krankheiten geimpft?                         | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Wurde bei Ihrem Kind ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Hat oder hatte Ihr Kind eine ansteckende Krankheit?             | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Schwindsucht (Tuberkulose)?                                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Windpocken?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Mumps?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Masern?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Röteln?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
|     | Diphtherie?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Hat Ihr Kind Schmerzen?   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Hat Ihr Kind Fieber?  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Hat Ihr Kind starken Husten?                                    | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Hat Ihr Kind Übelkeit, Erbrechen?                               | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Hat Ihr Kind Bauchkrämpfe oder Durchfall?                       | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Hat Ihr Kind Hautausschlag?                                     | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Bemerkung durch den Arzt:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt