



Arztvorstellung am \_\_\_\_\_

Diagnose (nach ICD) \_\_\_\_\_

Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arztstempel: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Befundbogen der ärztlichen Untersuchung (Medical record)

(gem. § 62 Abs. 1 AsylG und nach § 4 AsylbLG)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

EAE  ZUE  NU

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

Ort: \_\_\_\_\_

Arztvorstellung am \_\_\_\_\_

Diagnose (nach ICD) \_\_\_\_\_

Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arztstempel: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand nach ärztlicher Inaugenscheinnahme:

Kein Hinweis auf infektiöse oder akute Erkrankungen

Erkrankung / Verdacht auf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schwanger oder Schwangerschaftsverdacht: \_\_\_\_\_

Besonderheit: \_\_\_\_\_

## Tuberkulose-Untersuchung

- 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 \_\_\_\_\_

## Ärztliche Behandlungen (nach § 4 AsylbLG):

Arztvorstellung am \_\_\_\_\_  
Diagnose (nach ICD) \_\_\_\_\_  
Maßnahme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Arztstempel: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Impfstatus

### Impfung erfolgt durch

Name des Arztes \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

- Impfungen  MMR  Tetanus  
 Varizellen  Polio  
 D/P  HiB

- keine Impfung erfolgt wegen  
 Schwangerschaft  Krankheit  \_\_\_\_\_

Arztvorstellung am \_\_\_\_\_  
Diagnose (nach ICD) \_\_\_\_\_  
Maßnahme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Arztstempel \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_