

Fragebogen für Personen mit Kontakt zu Tuberkuloseerkrankten

1. Personalien der Kontaktperson:

Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße/Hausnummer	
PLZ/ Wohnort	
Telefon	
Krankenkasse	
Hausarzt	
Beruf/Tätigkeit	
Arbeitsort / Einrichtung	

2. Angaben zum Kontakt mit dem Erkrankungsfall:

Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen möglichst genau und zeitnah zu beantworten:

1. Hatten Sie in den letzten 2 bis 6 Monaten vor Diagnosestellung Kontakt mit dem / der Tuberkuloseerkrankten in geschlossenen Räumen ?

Nein Ja

2. Wo hatten Sie Kontakt zu dem Erkrankten?

(z.B. Wohnung, Wohnheim, Arbeitsplatz, Freizeiteinrichtung, Krankenhaus, Auto)

3. In welchem Zeitraum hatten Sie Kontakt zur/zum Erkrankten?

4. Wie lange hatten Sie insgesamt Kontakt mit der/dem Erkrankten in geschlossenen Räumen. Falls keine genauen Angaben möglich sind, bitten wir um orientierende Einschätzung der aufsummierten Kontaktzeit (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Kontaktzeit mit der /dem Erkrankten

- < 1 Stunde
 1 bis < 3 Stunden
 3 bis < 6 Stunden
 6 bis < 8 Stunden
 8 bis < 20 Stunden
 20 bis < 40 Stunden
 40 und mehr Stunden

Weitere Angaben:

5. Wann (Datum) war der letzte Kontakt zur /zum Erkrankten?

6. In welcher Beziehung stehen sie zum / zur Erkrankten?
(z.B. enge Familienangehörige, Verwandte, Freunde, Bekannte)

3. Angaben zur eigenen Person:

1. Waren Sie schon einmal an einer Tuberkulose erkrankt?

- Nein Ja, wann und von wem wurden Sie behandelt?

2. Wurden wegen der Tuberkulose ein Krankenhausaufenthalt, eine Operation oder eine Kur notwendig?

- Nein Ja, wann und wo?

3. Ist bei Ihnen ein Tuberkulin- Haut-Test / ein Interferon-Gamma-Test (Quantiferon-Test, T-Spot) durchgeführt worden?

- Nein Ja, Datum:

4. Fühlen Sie sich krank? Nein Ja, seit wann?

Haben Sie folgende Beschwerden:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Husten mit oder ohne Blutbeimengung | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen und/oder Stechen in der Brust | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Mattigkeit, Müdigkeit, Leistungsabfall | |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | |

Weitere Angaben:

5. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt ? Nein Ja

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Bronchien und der Lunge (Steinstaublunge/ Silikose, Sarkoidose, Asthma bronchiale etc.) |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion/AIDS | <input type="checkbox"/> Chronisches Nierenversagen |
| <input type="checkbox"/> andere Immundefizienz-Krankheiten/
operative Milzentfernung | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen
(Rheumatoide Arthritis, Schuppenflechte, Multiple Sklerose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |

Weitere Erkrankungen:

Sonstiges (Organtransplantation, Magenoperation etc.):

6. Nehmen Sie Medikamente ein (insbesondere TNF- Alpha-Antikörper, Kortikoide, Zytostatika u.a. Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen)?

Nein

Ja, welche?

7. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Lunge?

8. Haben oder hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person in ihrem persönlichen Umfeld (Verwandte, Freunde oder im gleichen Haushalt wohnende Personen) ?

Nein

Ja, seit wann und wer?:

9. Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten in einem Land mit hohem Tuberkulose-Risiko (insbesondere Afrika, Asien, Südamerika, Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion) aufgehalten?

Nein

Ja, wo und wann?

10. Ergänzende Angaben, die Sie persönlich als wichtig erachten:

Ich bestätige die Richtigkeit der o. g. Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift