medizinisches Begleitblatt

BBE: _____
Straße: _____
PLZ Ort: _____
_____
Telefon: _____
Fax: _____
Mail: _____

Stammdaten

NAME, Vorname		**IFA:**	
		Nationlität:	
Geschlecht	□ weibl.	□ männl.	**SV-Nr.**
Sprachkenntnisse	**Muttersprache:**		**Verständigungsprache:**
Betreuer*in	Name:		Tel.nummer:
Dolmetscher*in	Name:		Tel.nummer:
Hausärzt*in	Name:		Tel.nummer:

Gesundheit

Corona-Test	Datum:	☐ Antigen	☐ PCR
TBC-Thorax-Röngten	Datum:	**Medizinische Erstuntersuchung**	
Mutter-Kind-Pass	□ angelegt	**Impfpass-Pass**	
Unbegleitet	□ nein	□ ja, ObsorgeträgerIn:	
Medikamente	□ ja □ nein	● ● ● ● ● ●	
Anmerkungen			

Checkliste für Nachfolgeuntersuchungen

Spezielle Indikation	Diganostik durchgeführt
□ Herkunft aus TB Riskoland	Überweisung in Speziallambulanz (C/P, MM, IGRA)
□ Erkrankte Kontaktpersonen	
□ Verdacht auf intestinale Parasiteninfektion Initial oder 6-8 Wochen nach „presumptiver“ Therapie	Stuhlkontrolle
□ Exantheme (Medizinische Anamnese)	bei Bedarf Dermatologie
□ Kinder unter 2 Jahren/Vd auf sexuellen Missbrauch	Lues-Serologie
□ Anämie verdächtige Familienanamnese	Hämoglobin-Analyse
□ Splenomegalie, Hämolyse, Anämie	Glucose-6-Phosphat Dehydrogenase-Aktivität
□ verdächtige Familienanamnese	
□ Hauterscheinungen	AK gegen Schistosomen-AG
□ Ödeme	AK gegen Trypanosoma cruzi (Mittel-, Südamerika) oder Trypanosoma brucei (Afrika)
□ Lymphknotenschwellung	
□ ZNS-Symptome	
□ Splenomegalie	AK gegen Leishmanien
□ Verdacht auf Stoffwechsel/endokrine Störung	Neugeborenenscreening (PKU Karte)
□ Verdacht auf Hörstörung (Medizinische Anamnese)	HNO inkl Audiometrie
□ Verdacht auf Traumatisierung, psychische Störungen, Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität (Medizinische Anamnese)	Psychiatrische Begutachtung
□ Verdacht auf sexuellen Missbrauch/FGM (Medizinische Anamnese)	Gynäkologische Untersuchung

Checkliste für Nachfolgeuntersuchungen

Spezielle Indikation	Diganostik durchgeführt

medizinische Verlaufsdokumentation

Datum	Arzt-/KH-Stempel	Diagnose/Befunde/Berichte/Therapie/Termin

Untersuchungen

Untersuchungen	Befunde
Klinische Untersuchung	
Labor: Blut*	
Labor: Stuhl*	
Labor: Harn	
NGScreening	
Augenarzt	
Zahnarzt	
***Labor-Blut:**	KBB, BSG, GPT, gGT, Bili, ALP, Crea, TSH, Ferritin Anti HbC, Hbs-AG, HAV-AK, HepC-AK, HIV 1+2 Harn Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Akt. bei Splenomegalie, Hämolyse, A Lues-serologie bei Kindern < 2a Ak gegen Schistosomen-AG bei Verdacht AK gegen Trypanosoma cruzi bei Verdacht Ak gegen Leishmanien bei Fieber Splenomegalie Hb-Analyse bei Anämie, pos. Familienanamnese "Dicker Tropfen" bei Fieber und Herkunft aus Malariaendemiegebiet
***Labor-Stuhl:**	3 x ausreichende Proben Amöben, Lamblien, Wurmeier

Datum / Unterschrift / Stempel Ärztin/Arzt

in Österreich seit:
in Wien seit:
Geburtsdatum:

	☐ positiv ☐negativ
	Datum:
□ angelegt	
	● ● ● ● ● ●

Datum	von

Datum	von

Datum	von

nämie, pos. Familienanamese