

Aufnahmebogen für Geflüchtete

Сьогоднішня дата
Heutiges Datum __/__/__

Прізвище / *Nachname* _____

Ім'я / *Vorname* _____

Дата народження / *Geburtsdatum* _____

стан здоров'я (*Gesundheitszustand*):

Чи є у вас одне або кілька хронічних захворювань? Відзначте відповідну галочку:
Haben Sie eine oder mehrere chronische Erkrankungen? Zutreffendes ankreuzen:

- гіпертонія (*Bluthochdruck*)
- хвороба серця / порок серцевого клапана (*Herzerkrankung / Herzklappenfehler*)
- інсульт (*Schlaganfall*)
- порушення кровообігу/тромбоз/ емболія
(*Durchblutungsstörung/Thrombose/Embolie*)
- захворювання легенів/астма/ хронічний бронхіт
(*Lungenerkrankung / Asthma/Chronische Bronchitis*)
- епілепсія або інший неврологічний розлад (хвороба Паркінсона, розсіяний склероз)
(*Krampfleiden oder andere neurologischer Erkrankung (Parkinson, MS)*)
- рак, раніше або зараз (*Krebserkrankung, früher oder aktuell*)
- цукровий діабет (*Diabetes mellitus*)
- захворювання обміну речовин (захворювання щитовидної залози, Жировий обмін)
(*Stoffwechselerkrankung (Schilddrüsenerkrankung, Fettstoffwechsel)*)
- захворювання кишечника (хвороба Крона, виразка, виразковий коліт)
(*Erkrankungen des Verdauungstraktes (M. Crohn, Magengeschwür, Kolitis)*)
- Захворювання нирок (ниркова недостатність, операції на нирках)
(*Nierenerkrankungen (Nierenschwäche, Nierenoperationen)*)
- психічні захворювання (Депресія, залежність)
(*psychische Erkrankung (z.B. Depression, Abhängigkeit)*)

- хронічні інфекційні захворювання (ВІЛ, гепатит, туберкульоз)
(chronische Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose))
- стан після коронавірус хвороба (durchgemachte Covid-Infektion)
- Інші захворювання (andere Erkrankungen):

- операції (Operationen):

ліки (Medikamente):

ліки, що приймаються регулярно (навіть контрацептиви)
(regelmäßig eingenommene Medikamente (inklusive Verhütungsmittel)):

- Я не приймаю ліки регулярно (keine regelmäßigen Medikamente)

Актуальні скарги (Aktuelle Beschwerden):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> лихоманка (Fieber) | <input type="checkbox"/> діарея (Durchfall) |
| <input type="checkbox"/> нічна пітливість (Nachtschweiß) | <input type="checkbox"/> біль у м'язах / болі в тілі
(Muskel-/Gliederschmerzen) |
| <input type="checkbox"/> кашель (Husten) | <input type="checkbox"/> Біль у горлі (Halsschmerzen) |
| <input type="checkbox"/> кашель з мокротою
(Husten mit Auswurf) | <input type="checkbox"/> виснаження
(Erschöpfung, Abgeschlagenheit) |
| <input type="checkbox"/> небажана втрата ваги
(ungewollter Gewichtsverlust) | <input type="checkbox"/> біль (Schmerzen) |
| <input type="checkbox"/> нездатність розвиватися у дитини
(Gedeihstörung bei Kindern) | <input type="checkbox"/> інший (anderes) |
| <input type="checkbox"/> задишка (Atemnot) | <hr/> |
| | <hr/> |

попередні інфекції - навіть у дитинстві:

(Durchgemachte Infektionen - auch in der Kindheit)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> кір (Masern) | <input type="checkbox"/> коклюш (Keuchhusten) |
| <input type="checkbox"/> свинка (Mumps) | <input type="checkbox"/> туберкульоз (Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> краснуха (Röteln) | <input type="checkbox"/> інший (anderes) _____ |
| <input type="checkbox"/> поліомієліт (Polio) | |

Чи контактували ви з хворим на туберкульоз протягом останніх 12 місяців?

(In den letzten 12 Monaten Kontakt zu Tuberkulosekranken gehabt?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

статус вакцинації (Impfstatus):

При собі маю повну документацію про щеплення:

(Ich habe eine vollständige Dokumentation über meine Impfungen dabei:)

- так (ja) ні (nein)

a) Ви вакциновані проти коронавірусу? (Sind Sie gegen Sars-CoV-2 geimpft)?

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

b) Ви вакциновані від кору, паротиту, краснухи? (Sind Sie gegen Masern, Mumps, Röteln geimpft)?

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

c) Ви вакциновані проти поліомієліту? (Sind Sie gegen Poliomyelitis geimpft)?

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

d) Чи зробили ви щеплення від туберкульозу? (Haben Sie eine Tuberkulose-Impfung erhalten?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

Ризик (Risiko):

- Я вагітна (Ich bin schwanger)
- Зі мною дитина віком до 1 року (Ich habe ein Kind unter 1 Jahr bei mir)
- Я приймаю імуносупресивні препарати (напр. кортизон, хіміотерапія) (Ich nehme immunsuppressive Medikamente) (z.B. Kortison, Chemotherapeutika)
- У мене хронічна інфекція, напр. туберкульоз, ВІЛ. (Ich habe eine chronische Infektion. Z.B. TBC, HIV)
- Стан після трансплантації органів (Zustand nach Organtransplantation)

Зауваження (Anmerkungen):

Zurück an

Landkreis Cuxhaven
Koordinierungsstelle Mobiles Impfen
Vincent-Lübeck-Str. 2
27474 Cuxhaven



oder per Mail an: impfstatus@landkreis-cuxhaven.de

Abfrage Impfstatus

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unterkunft/Meldeanschrift: _____

Ansprechpartner/wird betreut durch: _____

Kontaktdaten für Rückfragen/Terminierung: _____

Liegt ein Impfpass oder entsprechende Ersatzbescheinigung/en vor?

Ja

nein

teilweise

Wenn teilweise, für welche Impfungen liegen Nachweise vor?

Corona-Schutzimpfung:

Liegt bereits eine oder mehrere Corona-Schutzimpfungen (nachweislich) vor?

Ja

nein

Wenn ja:

Verabreichte/r Impfstoff/e: _____

1. Impfung erhalten

2. Impfung erhalten

Auffrisch-Impfung erhalten

am: _____

am: _____

am: _____

Weitere Impfungen:

Liegt eine oder mehrere Masern-Schutzimpfung/en vor?
(ggf. Kombi-Impfung Masern-Mumps-Röteln)

nein ja, letzte Impfung erhalten am: _____

War es eine Kombi-Impfung? Ja nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Masern-Erkrankung? Ja nein

Liegt eine oder mehrere Kinderlähmung-Schutzimpfung/en (Poliomyelitis) vor?
(ggf. Kombi-Impfung Tetanus/Diphtherie/Poliomyelitis/Hib-Gehirnhautentzündung/Pertussis/Hepatitis B)

nein ja, letzte Impfung erhalten am: _____

War es eine Kombi-Impfung? Ja nein

Liegt eine oder mehrere Pneumokokken-Schutzimpfung/en vor?
Sollte im Alter von 2,4 und 11 Monaten erfolgen (u.a. Sepsis) und ab 60 Jahren (Lungenentzündung)

nein ja, letzte Impfung erhalten am: _____

Liegt eine oder mehrere Windpocken-Schutzimpfung/en vor?

nein ja, letzte Impfung erhalten am: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Windpocken-Erkrankung? Ja nein

Liegt eine oder mehrere Meningokokken C-Schutzimpfung/en vor?
Sollte im Alter von 12 Monaten erfolgen oder bis zum 18. Lebensjahr nachgeholt werden

nein ja, letzte Impfung erhalten am: _____