

Name des Antragstellers		Alter	Geschlecht
Vorname	geb. am	Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?	
Wohnung des Antragstellers		Wann beginnt die Tätigkeit im Lebensmittelbereich (im Sinne von § 43 IfSG)?	
		Staatsangehörigkeit	

Verkürzter Fragebogen Krankenvorgeschichte im Sinne des IfSG

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder haben Sie zur Zeit Kontakt mit Personen, die an nachfolgenden Infektionserkrankungen erkrankt sind?

	ja	nein
1. Typhus/Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Shigellenruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Salmonellose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Virushepatitis A oder E (ansteckende Leberentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. andere ansteckende Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 6 Monaten oder haben Sie zur Zeit eines der folgenden Symptome oder Krankheitszeichen?

7. Durchfall mit mehr als zwei dünnflüssigen Stühlen pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Übelkeit, Erbrechen und Fieber sowie hohes Fieber mit schweren Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen und Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. reiswasserähnliche Durchfälle mit Flüssigkeitsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel mit Schwäche und Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. gerötete Wunden oder offene Stellen von Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. nässende, schmierige, eitrige und blutende Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Lunge?	<input type="text"/>	
14. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in tropischen oder subtropischen Ländern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nehmen oder nahmen Sie vor kurzem Antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Erbrachte die Untersuchung einer Stuhlprobe von Ihnen jemals den Nachweis folgender Krankheitserreger: Salmonellen, Shigellen, EHEC-Bakterien oder Choleravibrionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung:

Ich habe dem untersuchenden Arzt bzw. dem Mitarbeiter des Gesundheitsamtes alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte. Ich bin damit einverstanden, dass die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen dem Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt werden.

Meinigen, den

.....
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter / Betreuer)