

medizinisches Begleitblatt

BBE: _____
 Straße: _____
 PLZ Ort: _____

 Telefon: _____
 Fax: _____
 Mail: _____

Datum / Unterschrift / Stempel Ärztin/Arzt

Stammdaten

NAME, Vorname			IFA:	in Österreich seit:
			Nationalität:	in Wien seit:
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl.	SV-Nr.	Geburtsdatum:
Sprachkenntnisse	Muttersprache:		Verständigungssprache:	
Betreuer*in	Name:		Tel.nummer:	
Dolmetscher*in	Name:		Tel.nummer:	
Hausärzt*in	Name:		Tel.nummer:	

Gesundheit

Corona-Test	Datum:	<input type="checkbox"/> Antigen <input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
TBC-Thorax-Röntgen	Datum:	Medizinische Erstuntersuchung	Datum:
Mutter-Kind-Pass	<input type="checkbox"/> angelegt	Impfpass-Pass	<input type="checkbox"/> angelegt
Unbegleitet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ObsorgeträgerIn:	

Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	• • • • • •	• • • • • •
-------------	--	----------------------------	----------------------------

Anmerkungen

Checkliste für Nachfolgeuntersuchungen

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

Checkliste für Nachfolgeuntersuchungen

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, Anämie, pos. Familienanamnese 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		