

Klinischer Untersuchungsbogen Ausschluss Lungentuberkulose - Ukraine

Persönliche Daten:

Datum:		Untersuchungsort* (Stadt, Landkreis):	
Name / Vorname*			
Adresse* (aktuelle Unterkunft)			
Geburtsdatum*		Telefon / Email*	
MID			

Anamnese (siehe separater Fragebogen)

Beschreibung	Ankreuzen	Bemerkungen
Leitsymptom und aktuelle Anamnese*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Keine	Siehe Anamnesefragebogen
Bereits durchgeführte Maßnahmen? * (Röntgen, Blutentnahmen f. IGRA)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja: <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Bluttest <input type="checkbox"/> körperl. Untersuchung <input type="checkbox"/> Anamnesegespräch

Temperatur*		<input type="checkbox"/> Oberflächentemperatur <input type="checkbox"/> Axillär
-------------	--	------------------------------------------------------------------------------------

Körperliche Untersuchung

Beschreibung	Ankreuzen	Bemerkungen
Allgemeiner Befund* - Allgemeinzustand - Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> nicht untersucht
Kopf und Hals - Lymphknoten	<input type="checkbox"/> o.p.B.	<input type="checkbox"/> nicht untersucht
Thorax und Lunge* - Thorax (Inspektion) - Lymphknoten - Lungengrenzen - Klopfeschall (Perkussion) - Atemgeräusch (Auskultation) - Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> keine Deformität <input type="checkbox"/> o.p.B. <input type="checkbox"/> gut verschieblich <input type="checkbox"/> sonor <input type="checkbox"/> vesikulär <input type="checkbox"/> keine	weitere Anmerkungen: <input type="checkbox"/> nicht untersucht

* Pflichtfelder

Name untersuchende Ärztin / Arzt*
(leserlich)

Unterschrift* & ggf. Stempel