

Stadt Nürnberg
- Gesundheitsamt -
Tbc-Beratung

Name Vorname Geb.Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

wegen des bevorstehenden Tuberkulin Tests mittels Mendel-Mantoux bitten wir Sie folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten:

- Sind Sie/Ihr Kind gegen Tuberkulose geimpft worden?
nein ja Wann? unbekannt
- Wurde jemals ein Tuberkulintest angelegt? ja nein unbekannt
Wenn ja: mit welchem Ergebnis? positiv negativ
- Hatten Sie/Ihr Kind, Ihre Eltern, Ihre Geschwister oder Bekannte einmal einmal eine Tuberkulose oder eine Lungenkrankheit?
nein ja unbekannt
wenn ja, wer und wann?.....
- Bestanden in den letzten 2-3 Wochen bei Ihnen/Ihrem Kind oder bestehen zur Zeit Anzeichen für einen grippalen Infekt (Husten, Schnupfen, Fieber ...)?
nein ja
- Nehmen Sie/Ihr Kind zur Zeit Medikamente, z.B. Kortison, Antibiotika o.ä.
nein ja welche
- Besteht bei Ihnen/Ihrem Kind eine Immunschwäche oder eine Sarkoidose?
nein ja
- Wurden Sie/Ihr Kind innerhalb der letzten 6 Wochen mit Lebendimpfstoffen – Masern, Mumps, Röteln, Gelbfieber, Windpocken – geimpft?
nein ja
- Leiden Sie/Ihr Kind an einer Hauterkrankung?
nein ja

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich zur Tuberkulintestung aufgeklärt wurde und ein Info-Blatt erhalten habe. Mit der Testung bei mir/meinem Kind bin ich einverstanden.

Datum Unterschrift/ ggfs. gesetzlicher Vertreter

