

# Gesundheitsamt

der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg  
Tbc-Abteilung

## Frage- und Aufklärungsbogen vor einem Tuberkulintest nach Mendel-Mantoux

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_.

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_.

	Ja	Nein	?
Sind Sie früher an einer Tuberkulose erkrankt gewesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen jemals ein Tuberkulintest angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Falls ja:</b> Wie war das Testergebnis?			
<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Sind Sie gegen Tuberkulose geimpft (BCG-Impfung) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Kortison oder andere das Immunsystem schwächende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 6 Wochen mit Fieber erkrankt? (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, schwere Grippe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 6 Wochen eine Impfung mit Lebend- impfstoff erhalten? (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis: Selten** kann es an der Teststelle zu einer **heftigen Reaktion mit Rötung und Schwellung des Unterarmes** gegebenfalls auch **Blasenbildung** kommen. In diesem Fall schützen Sie die Stelle mit einem leichten Verband. Die Heilung erfolgt spontan.

Mit der Durchführung eines Tuberkulintestes nach Mendel-Mantoux bin ich einverstanden.

Datum: .....

Unterschrift: .....

Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten: .....