

Medizinisches Dokument / Arztsache – vertraulich

Checkliste für die ärztliche Untersuchung unbegleiteter minderjähriger Ausländer

Name	Vorname	Geb. Datum	Alter
M / W	Nationalität	Sprachkenntnisse	Mobilnummer:
Untersuchungsdatum	Untersuchungsort	Ärztin/Arzt/MFA	Begleitperson

Anamnese			
Aktuelle Beschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche
Chron. Erkrankung oder Behinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche
Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche
Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann/warum
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Medikamente <input type="checkbox"/> keine			
Wirkstoff			
Dosierung			

Tbc				
Röntgen Thorax (ab vollendetem 15. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
Interferon-Gamma-Test (bis zum vollendeten 15. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig

<input type="checkbox"/> kein Impfnachweis vorgelegt	dokumentierte Impfungen	Tet	Diph	Pert	HIB	HepB	Polio	Mas	Mumps	Röt	Vari	BCG
	Anzahl/ Datum der letzten Impfung											
	Sonstige z.B. Meningokokken,											

Verbleib beim Jugendlichen / bei der Jugendlichen
 Verbleib einer Kopie beim Untersucher

