

**Gemeinsame Verwaltungsvorschrift
des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales
und Verbraucherschutz und
des Sächsischen Staatsministeriums des Innern
zur gesundheitlichen Betreuung von Asylbewerbern und
unbegleiteten minderjährigen Ausländern durch die Gesundheitsämter
im Freistaat Sachsen**

(VwV Asylbewerbergesundheitsbetreuung – VwV AsylGesBetr)

Vom 29.07.2015

I. Ärztliche Untersuchung von Asylbewerbern

1. Allgemeines

Jeder Asylbewerber, der in den Freistaat Sachsen einreist, hat sich einer ärztlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane (Erstuntersuchung) gemäß § 62 Absatz 1 Satz 1 des Asylverfahrensgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2439) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, zu unterziehen (Duldungspflicht). Die Erstuntersuchung wird durch Ärzte des zuständigen Gesundheitsamtes durchgeführt (§ 25 Absatz 1, 2 und 3 Satz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz in Verbindung mit § 62 Absatz 1 Asylverfahrensgesetz). Örtlich zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich eine Erstaufnahmeeinrichtung befindet, in der die Registrierung des Asylsuchenden bei der Landesdirektion Sachsen und Anlage einer Akte (Erstaufnahme) stattfindet oder die von der Zentralen Ausländerbehörde dazu bestimmt wurde. Das zuständige Gesundheitsamt kann sich dafür auch vertraglich gebundener fachlich geeigneter Dritter bedienen.

2. Vorbereitung der Untersuchung durch die Zentrale Ausländerbehörde (ZAB)

- 2.1. Der Asylbewerber wird in der Regel im Anschluss an die Erstaufnahme durch die ZAB, spätestens aber innerhalb von zwei Werktagen nach der Erstaufnahme, der Erstuntersuchung durch das zuständige Gesundheitsamt unterzogen.
- 2.2. Die ZAB teilt dem zuständigen Gesundheitsamt für jeden Asylsuchenden (einschließlich Kinder) anschließend an die Erstaufnahme die erforderlichen Personenangaben (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift und Staatsangehörigkeit des Asylbewerbers sowie die ZAB-Identifikationsnummer) als Grundlage für die ärztliche Untersuchung mit und übergibt bereits vorhandene (amts)ärztliche Untersuchungsergebnisse.
- 2.3. Jedem Asylbewerber ab dem 16. Lebensjahr wird ein Merkblatt über Zweck und Umfang der Untersuchung nach der Anlage 1 ausgehändigt. Zusätzlich erhält jede Person (im Familienverband auch jedes einzelne Kind) einen Fragebogen zur Anamneseerhebung nach der Anlage 2.1 oder 2.2, möglichst in der jeweiligen Muttersprache. Bei schwierigen Sprachkonstellationen können im Einzelfall vereinfachte Fragebögen des Gesundheitsamtes eingesetzt werden.
- 2.4. Die ausgefüllten Fragebögen sind dem Arzt im Rahmen der ärztlichen Untersuchung zu übergeben.

3. Erstuntersuchung

- 3.1. Die ärztliche Erstuntersuchung erfolgt zum Nachweis oder Ausschluss des Vorliegens von übertragbaren Krankheiten sowie von Ausscheidertum und umfasst folgende Leistungen:

- a) Anamneseerhebung und allgemeine ärztliche Untersuchung, soweit dies zur Feststellung einer übertragbaren Krankheit erforderlich ist.
 - b) Röntgen-Untersuchung der Lunge ab dem 16. Lebensjahr zum Ausschluss einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose der Atmungsorgane, Tuberkulintestung bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres und bei Asylbewerbern, bei denen eine Röntgenuntersuchung aus Strahlenschutzgründen nicht indiziert ist (zum Beispiel Schwangere). Bei Notwendigkeit kann ein Interferon-Gamma-Assays anstelle des Tuberkulin-Hauttestes durchgeführt werden.
 - c) Serologische Untersuchung ab 14. Lebensjahr auf
 - aa) Hepatitis-B-Antikörper (anti-Hbs) sowie Hepatitis B-Antigen (HBs-Ag)
 - bb) Hepatitis-A-IgM-Antikörper
 - cc) Masern-IgG-Antikörper
 - dd) Varizellen-IgG-Antikörper
 - ee) Mumps-IgG-Antikörper
 - ff) Röteln- IgG-Antikörper (beim weiblichen Geschlecht im gebärfähigen Alter).
 Bei Notwendigkeit kann bei Kindern bis zum vollendeten 13. Lebensjahr eine Diagnostik auf Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimmunität mittels Kapillarblut erfolgen.
 - d) Bei entsprechender Anamnese oder Symptomatik sowie epidemiologischen Anhaltspunkten Stuhluntersuchung zum Ausschluss weiterer übertragbarer Krankheiten, insbesondere auf pathogene Keime, insbesondere Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, EHEC, Vibrio cholerae, sowie Parasiten, wie Protozoen und Helminthen.
 - e) Sofern Anhaltspunkte vorliegen, ist die Untersuchung auf das Vorhandensein von weiteren in § 6 Absatz 1 und § 34 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sowie § 1 Absatz 1 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz vom 3. Juni 2002 (SächsGVBl. S. 187), die zuletzt durch die Verordnung vom 9. November 2012 (SächsGVBl. S. 698) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, aufgeführten Krankheiten auszudehnen. Im Bedarfsfall können durch die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) Seren, die bei der Aufnahmeuntersuchung gewonnen und eingelagert wurden, auch später noch auf weitere Infektionskrankheiten untersucht werden.
- 3.2. Soweit bei der Untersuchung akut behandlungsbedürftige Krankheiten festgestellt werden, ist eine ärztliche Empfehlung zur Vermittlung des erkrankten Asylbewerbers an ambulant tätige Ärzte oder ein Krankenhaus zur weiteren Diagnostik und Therapie auszustellen.
 - 3.3. Schwangere Asylbewerber sollen umgehend an einen Gynäkologen vermittelt werden, der gemäß Mutterschafts-Richtlinien die notwendigen Untersuchungen durchführt und die entsprechenden Labortests veranlasst (Ausstellen einer ärztlichen Empfehlung).
 - 3.4. Bei Asylbewerbern, die aus einem anderen Bundesland in den Freistaat Sachsen kommen, sind nur die Untersuchungen durchzuführen, die im Einreiseland noch nicht durchgeführt worden sind. Bei fehlenden Untersuchungsdokumenten oder im Zweifelsfall ist die Erstuntersuchung durchzuführen.
 - 3.5. Bei Verlegung des Asylbewerbers in eine andere Erstaufnahmeeinrichtung des Freistaates Sachsen vor Abschluss der festgelegten Untersuchungen nach den Nummern 3.1 bis 3.3 können die Untersuchungen unter Mithilfe des jeweiligen örtlichen Gesundheitsamtes abgeschlossen werden.
 - 3.6. Bei Verteilung der Asylbewerber in die Landkreise und Kreisfreien Städte vor Abschluss der festgelegten Untersuchungen nach den Nummern 3.1 bis 3.3 sind von dem jeweils örtlich zuständigen Gesundheitsamt die noch nicht durchgeführten Untersuchungen sowie die im Einzelfall erforderlichen Kontrolluntersuchungen zu veranlassen.

4. Dokumentation

- 4.1. Die Untersuchungsergebnisse sind auf dem für den Freistaat Sachsen verbindlichen Untersuchungsbogen für jeden Asylbewerber (einschließlich Kinder) nach der Anlage 3 zu dokumentieren und im untersuchenden Gesundheitsamt aufzubewahren.
- 4.2. Das für die laut Nummer 3.1 festgelegten Untersuchungen zuständige Gesundheitsamt stellt für den Asylbewerber nach Vorliegen und Bewertung aller klinischen und paraklinischen Untersuchungsergebnisse eine ärztliche Bescheinigung nach der Anlage 4 aus, die der zuständigen Unterbringungsbehörde vorzulegen ist.
- 4.3. Bei Änderung des Aufenthaltsortes des Asylbewerbers vor Erstellen der ärztlichen Bescheinigung zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung nach § 55 des Asylverfahrensgesetzes wird dem für den neuen Aufenthaltsort zuständigen Gesundheitsamt eine amtsärztliche Mitteilung gemäß der Anlage 5 übermittelt.
- 4.4. Infektionsschutzrelevante Befunde sind dem für den neuen Aufenthaltsort zuständigen Gesundheitsamt schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.
- 4.5. Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Untersuchung im jeweiligen Gesundheitsamt aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

5. Weitere Informationspflichten

- 5.1. Die ZAB informiert das für die Erstuntersuchung zuständige Gesundheitsamt über die Verlegung eines Asylbewerbers. Ein Wechsel der Gemeinschaftseinrichtung sollte erst nach Eingang und Bewertung des Röntgenbefundes zum Ausschluss einer Tuberkuloseerkrankung erfolgen.
- 5.2. Sind aufgrund der Untersuchungsergebnisse Maßnahmen infektionshygienischer Art zu treffen, hat das für die Erstuntersuchung zuständige Gesundheitsamt unverzüglich die ZAB oder die zuständige untere Unterbringungsbehörde zu unterrichten und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zu veranlassen. Erfolgte zwischen Untersuchung und Erhalt des Befundes eine Änderung des Aufenthaltsortes, ist auch das nunmehr zuständige Gesundheitsamt umgehend zu informieren.
- 5.3. Beim Auftreten meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten ist nach dem Infektionsschutzgesetz zu verfahren. Bezüglich der Verpflichtung zur Meldung wird auf die §§ 8 bis 10 des Infektionsschutzgesetzes verwiesen.
- 5.4. Ein Erfordernis zur ärztlichen Konsultation gemäß der Nummern 3.2 oder 3.3 wird nach Einwilligung des Asylbewerbers der ZAB durch den Arzt des Gesundheitsamtes schriftlich oder elektronisch mitgeteilt.

II. Gesundheitliche Beratung

1. Allgemeines

Asylbewerber können sich entsprechend ihrer konkreten Situation beim zuständigen Gesundheitsamt im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe informieren, insbesondere gilt das für die Beratung zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, für die Mütter- und Kinderberatung und für die Beratung Behinderter. Eltern von Kindern und Jugendlichen sind auf die regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen bei den Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten hinzuweisen.

2. Beratung und Test zu HIV und Hepatitis C

Asylbewerber können im zuständigen Gesundheitsamt eine Beratung bezüglich HIV/AIDS, Hepatitis C und anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Anspruch nehmen. Der Test auf HIV, Hepatitis C und gegebenenfalls weitere STI soll auf freiwilliger Basis und nur nach umfassender Beratung risikoorientiert angeboten werden.

3. Schutzimpfungen bei Asylbewerbern

Asylbewerber können sich im zuständigen Gesundheitsamt informieren, welche Schutzimpfungen zweckmäßigerweise bei Erwachsenen und besonders bei Kindern durchgeführt werden sollen. Dabei wird, unter Berücksichtigung des MMRV-Antikörper-Status gemäß Ziffer I Nummer 3.1 Buchstabe c, generell auf die im Freistaat Sachsen öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen verwiesen. Ergänzend zu den Impfungen bei niedergelassenen Ärzten sollen den Asylbewerbern Impfungen gemäß Teil B der VwV Schutzimpfungen vom 8. Februar 2010 (SächsABl. S. 331), zuletzt enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 26. November 2013 (SächsABl. SDr. S. S 911), in der jeweils geltenden Fassung, von den Gesundheitsämtern kostenlos angeboten werden.

III. Hygienische Überwachung von Wohnheimen und Gemeinschaftsunterkünften

In den Aufnahmeeinrichtungen und den Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber in kommunaler, karitativer oder privater Trägerschaft ist mindestens einmal jährlich eine Begehung durch das Gesundheitsamt durchzuführen. Wenn die hygienischen Verhältnisse es erfordern, hat das Gesundheitsamt weitere Überwachungsmaßnahmen durchzuführen. Dabei ist insbesondere das Vorhandensein, die Qualität und die Umsetzung der nach § 36 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes vorgeschriebenen Hygienepläne zu überprüfen. Erforderliche infektionshygienische Maßnahmen sind bei der Leitung der Einrichtung zu veranlassen. Die Landesdirektion Sachsen teilt dem für die Erstuntersuchung zuständigen Gesundheitsamt die jeweiligen Standorte der Erstaufnahmeeinrichtungen mit. Die unteren Unterbringungsbehörden teilen den jeweiligen Gesundheitsämtern regelmäßig mit, welche Wohnheime in deren Zuständigkeitsbereich bestehen.

IV. Anfallende Kosten

Alle unmittelbaren und mittelbaren Kosten, die im Rahmen von Untersuchungen und Maßnahmen nach Ziffer I Nummer 3 anfallen, sind von der Landesdirektion Sachsen zu tragen. Alle weiteren Kosten werden von den unteren Unterbringungsbehörden getragen.

V. Unbegleitete minderjährige Ausländer (UMA)

Soweit Bundes- oder Landesgesetze nichts anderes regeln, ist bei UMA wie folgt zu verfahren:

1. Sofern UMA einen Antrag gemäß § 1 des Asylverfahrensgesetzes stellen, unterliegen sie den Pflichten nach § 62 des Asylverfahrensgesetzes. Sie sind einer Erstuntersuchung gemäß Ziffer I zu unterziehen, wenn sie in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben. Zuständig für die Durchführung der Erstuntersuchung ist das Gesundheitsamt, in dessen Zuständigkeit sich die Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft befindet.
2. Für UMA, die nicht dem § 62 des Asylverfahrensgesetzes unterliegen, wird im Sinne von § 16 des Infektionsschutzgesetzes ein gleiches Infektionsrisiko wie für Asylbewerber angenommen. Sie sind daher ebenfalls einer Erstuntersuchung gemäß Ziffer I zu unterziehen. Verantwortlich dafür sind die Landkreise oder die kreisfreien Städte, die für die Inobhutnahme zuständig sind.
3. Die Kosten trägt der Freistaat Sachsen.

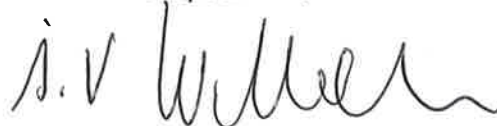
VI. Inkrafttreten

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Dresden, den *29.07.2015*



Die Staatsministerin für Soziales
und Verbraucherschutz
Barbara Klepsch



Der Staatsminister des Innern
Markus Ulbig

**Merkblatt für Asylbewerber
über die ärztliche Untersuchung durch die Gesundheitsämter**

Sie sind als Asylbewerber in den Freistaat Sachsen eingereist und werden vom zuständigen Gesundheitsamt ärztlich untersucht. Durch die Untersuchung sollen übertragbare Krankheiten möglichst rasch erkannt, behandelt und Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergriffen werden. Die Untersuchung dient damit in erster Linie Ihrem eigenen Interesse, aber auch dem Interesse der Personen, die mit Ihnen in einer Wohngemeinschaft leben.

Die Untersuchung umfasst eine allgemeine körperliche Untersuchung (soweit dies zur Feststellung einer übertragbaren Krankheit erforderlich ist), eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs (ab dem 15. Geburtstag) bzw. einen Haut-Test auf Tuberkulose bei Kindern bis zum 15. Geburtstag und bei Schwangeren, ferner ab dem 13. Geburtstag eine Blutuntersuchung auf Hepatitis A und B (infektiöse Gelbsucht) sowie auf die Immunität gegenüber Masern, Mumps, Röteln und Windpocken. Bei Krankheitsverdacht wird eine Stuhluntersuchung auf Erreger von Darminfektionen durchgeführt.

Soweit der Arzt des Gesundheitsamtes Anhaltspunkte für andere Krankheiten feststellt, können auch weitergehende Untersuchungen angeordnet werden.

Nach Abschluss der Untersuchungen wird für Sie eine ärztliche Bescheinigung erstellt.

Wenn es zur Verhinderung der Weiterverbreitung einer übertragbaren Krankheit erforderlich ist bzw. sich Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige Erkrankung bei Ihnen ergeben, wird das Gesundheitsamt die Untersuchungsergebnisse an andere zuständige Stellen weiterreichen.

In anderen Fällen werden Untersuchungsergebnisse an andere Stellen nur weitergeleitet, wenn Sie damit einverstanden sind.

Weitere Informationen über die medizinische Versorgung der Asylsuchenden erhalten Sie in der Zentralen Ausländerbehörde und dem für Sie später zuständigen Gesundheitsamt.

Sie sind aufgefordert, den Ihnen ausgehändigten Anamnesebogen (Fragen zur Krankheitsgeschichte) auszufüllen und dem Arzt des Gesundheitsamtes, der die Untersuchung durchführen wird, zu übergeben.

Bitte füllen Sie auch für jedes Ihrer Kinder einen Fragebogen aus.

Eine Beratung zu AIDS/HIV, Hepatitis C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sowie entsprechende Labortests können Ihnen bei Bedarf außerhalb der Erstuntersuchung vom örtlich zuständigen Gesundheitsamt angeboten werden. Dies ist dann sinnvoll, wenn bei Ihnen ein Risiko besteht, dass Sie sich in der Vergangenheit mit diesen Erregern angesteckt haben oder wenn bei Ihnen die beschriebenen Krankheitszeichen in der Vergangenheit aufgetreten sind. Diese Untersuchungen sind völlig freiwillig und erfolgen nur mit Ihrer Zustimmung. Ihre Untersuchungsergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Fragebogen zur Erhebung der Anamnese - Erwachsene

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum:

Geschlecht: männlich weiblich Nationalität: Schwangerschaft: Monat
Einzelperson Familienverband

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie krank? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie Medikamente ein? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie gegen Krankheiten geimpft? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihnen ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindsucht (Tuberkulose)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| HIV? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Windpocken? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Masern? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Röteln? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Syphilis (Lues)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| andere Geschlechtskrankheit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Typhus, Paratyphus? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Cholera? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Schmerzen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 6 Wochen Fieber? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie starken Husten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Übelkeit, Erbrechen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie Bauchkrämpfe oder Durchfall? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Blut im Stuhl? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie Hautausschlag? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Bemerkung durch den Arzt:

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift Arzt

Fragebogen zur Erhebung der Anamnese - Kinder

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum:

Geschlecht: männlich weiblich Nationalität: Alter:

-
- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind krank? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihr Kind gegen Krankheiten geimpft? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihrem Kind ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat oder hatte Ihr Kind eine ansteckende Krankheit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindsucht (Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Windpocken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mumps? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röteln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hat Ihr Kind Schmerzen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind Fieber? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Ihr Kind starken Husten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat Ihr Kind Übelkeit, Erbrechen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Hat Ihr Kind Bauchkrämpfe oder Durchfall? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat Ihr Kind Hautausschlag? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Bemerkung durch den Arzt:

.....
Unterschrift der Eltern

.....
Unterschrift Arzt

Untersuchungsbogen für Asylbewerber

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer;

Datum:

Geschlecht: männlich weiblich Nationalität: Schwangerschaft: Monat

1. **Körperlicher Befund:** unauffällig:
auffällig:

Weitere Maßnahmen: Empfehlung Arztvorstellung Notfallbehandlung Sonstiges

2. **Untersuchung auf Lungen-Tbc:**

Röntgen-Untersuchung	<input type="checkbox"/>	Tuberkulin-Hauttest	<input type="checkbox"/>
negativ	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>
positiv	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Tbc-verdächtig	<input type="checkbox"/>	Ergebnis liegt nicht vor	<input type="checkbox"/>
Nebenbefund	<input type="checkbox"/>	IGRA positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>	
Ergebnis liegt nicht vor	<input type="checkbox"/>		

Weitere Maßnahmen: Tb-Fürsorge Hausarzt Sonstiges

3. **Blutuntersuchung:** ja nein

Hepatitis A-IgM-Ak	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	grenzwertig	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B (HBs-Ag)	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>		
Masern-IgG-Ak	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	grenzwertig	<input type="checkbox"/>
Varizellen-IgG-Ak	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	grenzwertig	<input type="checkbox"/>
Mumps-IgG-Ak	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	grenzwertig	<input type="checkbox"/>
Röteln-IgG-Ak	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>	grenzwertig	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>		

Weitere Maßnahmen: Spez. Inf.-Schutz Allg. Inf.-Schutz Hausarzt Sonstiges

4. **Stuhluntersuchung:** ja nein

Würmer, Wurmteile, -eier	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Giardia lamblia	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Entamoeba histolytica	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Shigatoxine/EHEC	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Salmonellen	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Shigellen	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Campylobacter	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>

Weitere Maßnahmen: Allg. Inf.-Schutz Hausarzt Sonstiges

Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG

Personenangaben

Vorgestellt durch Mitarbeiter/-innen der Zentralen Ausländerbehörde Sachsen nach Feststellung der Identität und Vergabe der Kenn-Nummer.

jetzige Anschrift:

Die vorgenannte Person ist durch einen Arzt/eine Ärztin des Gesundheitsamtes zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung für Asylbewerber untersucht worden. Weiterhin wurden eine Röntgen-Untersuchung bzw. ein Tuberkulin-Hauttest sowie Laboruntersuchungen durchgeführt.

Im Ergebnis dieser Untersuchungen sind Maßnahmen auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes

sind nicht erforderlich / sind erforderlich und eingeleitet*.

....., den
(Datum)

.....
(Unterschrift u. Stempel des Arztes)

*Nichtzutreffendes streichen

Anlage:

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Röntgenbefund | <input type="checkbox"/> | MMT-Befund |
| <input type="checkbox"/> | Blutbefund | | |
| <input type="checkbox"/> | Stuhlbefund | | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige | | |

Amtsärztliche Mitteilung

**betreffs der Übertragung der Ausstellung
einer ärztlichen Bescheinigung
zur Erlangung der Aufenthaltsgestattung nach § 62 AsyIVfG
auf das örtlich zuständige Gesundheitsamt**

Personalangaben

Vorgestellt durch Mitarbeiter/-innen der Zentralen Ausländerbehörde Sachsen nach Feststellung der Identität und Vergabe der Kenn-Nummer.

bisherige Anschrift:

Folgende Untersuchungen wurden durchgeführt:

Befund liegt

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> körperliche Untersuchung auf Anzeichen einer übertragbaren Krankheit | |
| <input type="checkbox"/> eine Blutuntersuchung auf Hepatitis A und B..... | <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nicht vor |
| <input type="checkbox"/> eine MMRV-Titer-Bestimmung | <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nicht vor |
| <input type="checkbox"/> Röntgen des Thorax / Mendel-Mantoux-Test | <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nicht vor |
| <input type="checkbox"/> eine Stuhluntersuchung auf Würmer, Parasiten und bakterielle Erreger | <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nicht vor |

Die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung gemäß Ziffer I Nr. 4.2. ist vor dem Wechsel des Aufenthaltsortes in die Zuständigkeit anderer Landkreise oder Kreisfreier Städte auf Grund noch nicht oder nicht vollständig vorliegender oder noch nicht auswertbarer Befunde **nicht möglich**.

Nach Vorliegen der entsprechenden Befunde ist die Bescheinigung gemäß Ziffer I Nr. 4.2. durch das nunmehr örtlich zuständige Gesundheitsamt vorzunehmen.

Vorläufige Beurteilung:

- Bisher kein Handlungsbedarf wegen einer bekannten übertragbaren Erkrankung.
- Tuberkulosefreiheit gem. § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz wird bestätigt.
- Verdacht auf eine übertragbare Erkrankung liegt vor. Befundkopie anbei.
- infektionsschutzrelevanter Nebenbefund. Befundkopie anbei.
- Bemerkung:

..... den
(Datum)

.....
(Unterschrift u. Stempel des Arztes)