



## CFB Anhang Art. 7.6 Fragebogen V2 (D)

<p>13. a) Erkranken Sie in den letzten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>6 Monaten</b> an: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Pfeifferschem Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Amöbiasis <input type="checkbox"/> Shigellose <input type="checkbox"/> FSME</li><li>- <b>12 Monaten</b> an: <input type="checkbox"/> Bilharziose <input type="checkbox"/> Gonorrhö</li><li>- <b>2 Jahren</b> an: <input type="checkbox"/> Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Rheumatischem Fieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Rückfallfieber <input type="checkbox"/> Guillain-Barré-Syndrom <input type="checkbox"/> <b>Q-Fieber</b></li></ul>
<p>b) Erkranken Sie <b>jemals</b> an einer der folgenden Infektionskrankheiten:</p> <p>Malaria <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Brucellose <input type="checkbox"/> Echinokokkose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranuloma venereum <input type="checkbox"/> Filariose <input type="checkbox"/> <b>Q-Fieber</b> <input type="checkbox"/> Babesiose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> oder an anderen schweren Infektionen?</p> <p>Wenn ja, an welcher? _____ Wann? _____</p>
<p>16. a) Treffen eine oder mehrere der folgenden Risikosituationen auf Sie zu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Haben Sie innerhalb den letzten 4 Monaten Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihren Sexualpartner gewechselt?</li><li>• Hatten Sie in den letzten 4 Monaten sexuellen Kontakt (geschützt oder ungeschützt) mit mehr als zwei Personen?</li><li>• Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt unter Einfluss synthetischer Drogen?</li><li>• Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuellen Kontakt für den Sie Geld oder andere Leistungen (Drogen oder Medikamente) erhalten haben?</li><li>• Haben Sie schon einmal Drogen gespritzt?</li><li>• Haben Sie jemals einen positiven Test für HIV (AIDS), <del>Syphilis</del>- oder Gelbsucht (Hepatitis B oder C) gehabt?</li><li>• <b>Sind Sie jemals an Syphilis erkrankt?</b></li><li>• Ist Ihre Lebens-, Sexual oder Wohnpartnerin bzw. ihr Lebens-, Sexual oder Wohnpartner in den letzten 6 Monaten an einer Gelbsucht (Hepatitis B oder C) erkrankt?</li><li>• Ist Ihre Sexualpartnerin bzw. Ihr Sexualpartner in den letzten 3 Monaten an Zika erkrankt?</li></ul>