



IMMUNITÄTSTEST ANAMNESEBOGEN

Für eine korrekte
Bescheinigung bitte
sorgfältig ausfüllen.

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Wenn Sie einen T-Zelltest für SARS-CoV-2 benötigen:

Hatten Sie bereits eine COVID-19 Infektion?

Ja Nein unbekannt

Haben Sie aktuell Symptome einer COVID-19 Infektion?

Ja Nein

Welche Impfung gegen SARS-CoV-2 haben Sie erhalten?

1. Impfung Impfstoff _____ Datum _____

2. Impfung Impfstoff _____ Datum _____

3. Impfung Impfstoff _____ Datum _____

über Impfbescheinigung nachgewiesen Ich habe bislang noch keine Impfung erhalten.

Wenn Sie einen T-Zell-Test für Tuberkulose benötigen:

Hatten Sie eine aktive Tuberkulose?

Ja Nein unbekannt

Hatten Sie eine latente Tuberkulose?

Ja Nein unbekannt

Sind Sie gegen Tuberkulose geimpft (sogenannte BCG Impfung)?

Ja Nein unbekannt

Wenn Sie einen T-Zell-Test für CMV benötigen:

Wurde bei Ihnen eine CMV-Infektion
(über Blutabnahme) nachgewiesen?

Ja Nein unbekannt

Wenn ja mittels Serologie oder PCR (Bitte bringen Sie in diesen Fällen die Befunde mit)

Sind Sie immunsupprimiert (beispielhaft: Einnahme von Cortison)?

Ja Nein

wenn ja: was nehmen Sie ein? _____

Welche Erkrankungen haben Sie? _____

Wir senden Ihnen den Befund gerne per E-Mail zu: _____

Datum und Unterschrift des Patienten