

**Anlage 1**  
**Приложение 1**

## Selbstanamnese – Anamnesebogen

### Самоанамнез – Опросный лист анамнеза

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung  
Обязателен к заполнению перед медицинским обследованием всеми лицами, запрашивающими убежище

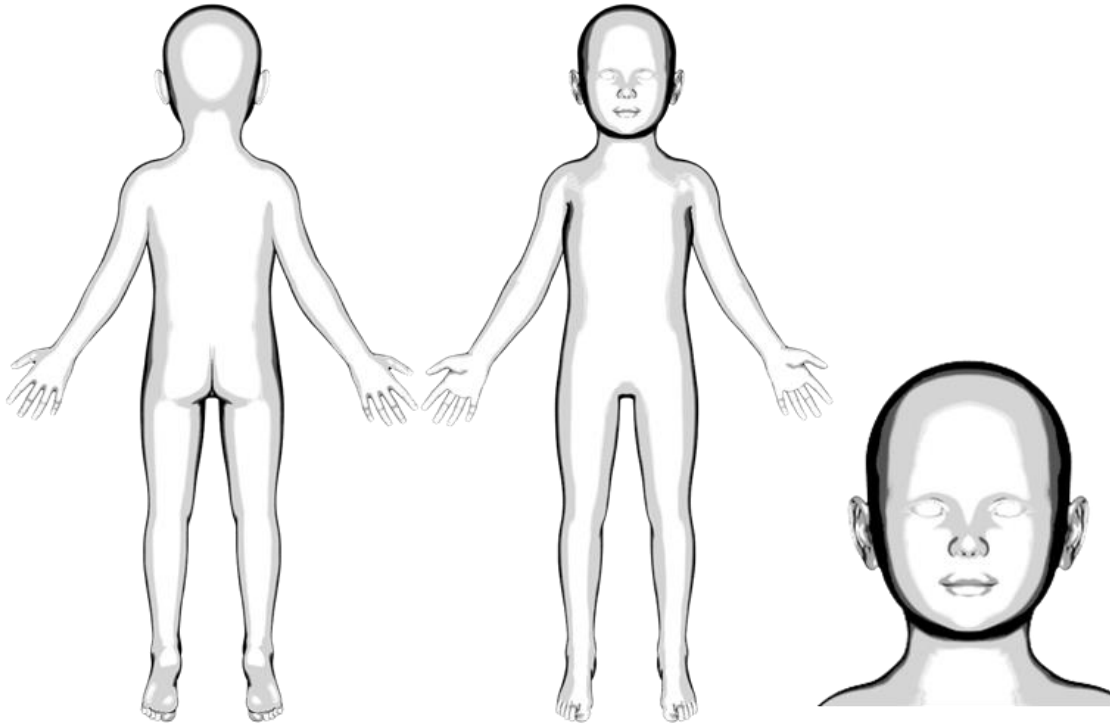
<b>Name</b> <b>ФИО</b>	
<b>Geburtsdatum</b> <b>Дата рождения</b>	
<b>Herkunftsland</b> <b>Страна происхождения</b>	
<b>AIS-Registrierungsnummer</b> <b>Регистрационный номер AIS</b>	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Нужное отметить крестиком:

<b>Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden?</b> <b>У вас были в последнее время какие-либо жалобы из перечисленных ниже?</b>	<b>Nein</b> <b>Нет</b>	<b>Ja</b> <b>Да</b>	<b>Wenn ja: seit wann?</b> <b>У вас есть боли или раны?</b>
Fieber жар			
Durchfall понос			
Erbrechen рвота			
Husten кашель			
Blutiger Auswurf кровохарканье			
Hautausschlag кожные высыпания			
Juckreiz зуд			
Gewichtsverlust потеря веса			
Nachtschweiß ночной пот			
<b>Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen?</b> <b>У вас есть боли или раны?</b>	<b>Nein</b> <b>Нет</b>	<b>Ja</b> <b>Да</b>	<b>Wenn ja: seit wann?</b> <b>У вас есть боли или раны?</b>

**Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:**  
**Пожалуйста, отметьте места, в которых Вы ощущаете боль или имеете раны:**



<b>Nehmen Sie derzeit Medikamente?</b> Принимаете ли Вы в настоящее время медикаменты?	<input type="checkbox"/> Ja Да	<input type="checkbox"/> Nein Нет
<b>Wenn ja: gegen welche Erkrankung?</b> Если да, от какого заболевания?	<b>Welches Medikament?</b> Какие медикаменты?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) сахарный диабет		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung астма либо другое заболевание легких		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung высокое кровяное давление, заболевание сердца		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung эпилепсия либо другое неврологическое заболевание		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung заболевание почек		
<input type="checkbox"/> Tumor опухоль		
<input type="checkbox"/> sonstige: другое заболевание:		

<b>Haben Sie Impfungen erhalten?</b> Вам делали прививки?	<input type="checkbox"/> Ja Да	<input type="checkbox"/> Nein Нет	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Не знаю
<b>Wenn ja: gegen welche Erkrankungen?</b> Если да, от каких заболеваний?	<b>Wie oft und wann zuletzt?</b> Как часто и когда в последний раз?		

<input type="checkbox"/> Masern корь	
<input type="checkbox"/> Mumps эпидемический паротит	
<input type="checkbox"/> Röteln краснуха	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) полиомиелит (детский спинномозговой паралич)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie дифтерия	
<input type="checkbox"/> Tetanus столбняк	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY менингококк ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: другое заболевание:	

<b>Bei Säuglingen und Kleinkindern: Для грудных младенцев и маленьких детей:</b>	<b>Ja Да</b>	<b>Wenn ja: welche und seit wann? Если да, какие и с какого момента?</b>	<b>Nein Нет</b>
<b>Liegen Entwicklungsstörungen vor? Имеются ли нарушения развития?</b>			

<b>Bei Frauen: Для женщин:</b>	<b>Ja Да</b>	<b>Wenn ja: seit wann? Если да, то с какого момента?</b>	<b>Nein Нет</b>
<b>Sind Sie schwanger? Вы беременны?</b>			

**Datum**

**Дата**

**Name und Unterschrift  
(der ausfüllenden Person)**

**ФИО и подпись  
(лица, заполнявшего лист)**