

Anlage 1

الفهرس 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

سوابق المريض الشخصية - استطلاع رأي سوابق المريض

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

يتم تعبئته لكل طالب لحق اللجوء السياسي قبل الفحص الطبي

	Name الاسم
	Geburtsdatum تاريخ الميلاد
	Herkunftsland دولة المنشأ
	AIS-Registrierungsnummer - رقم التسجيل AIS

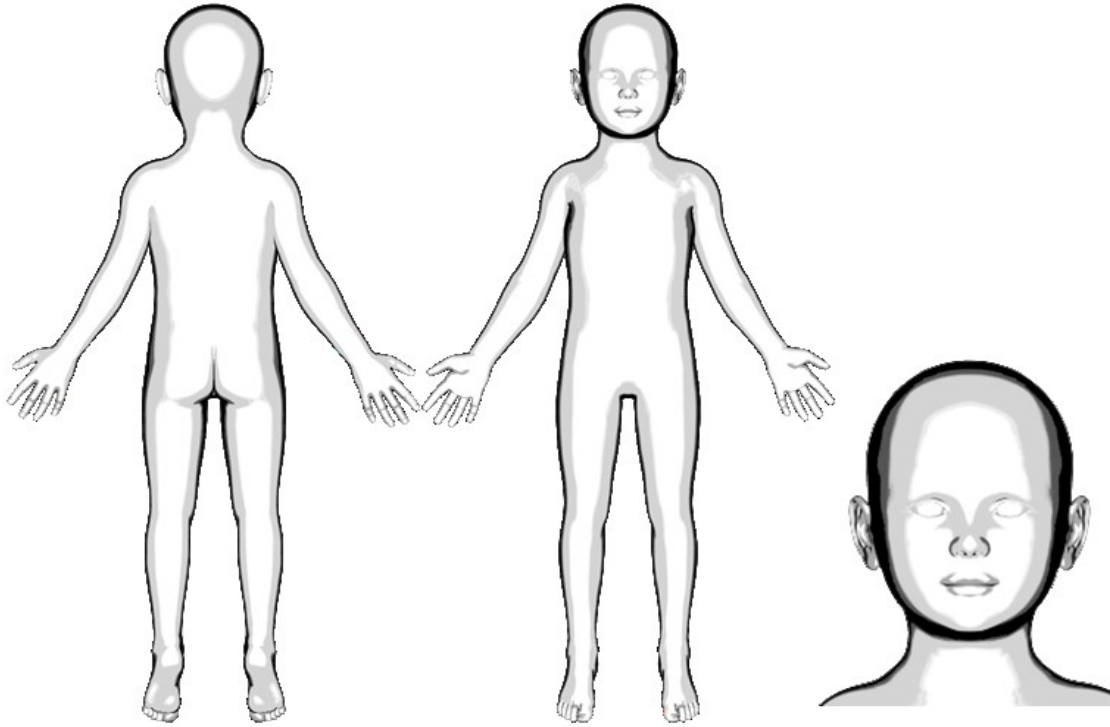
Zutreffendes bitte ankreuzen:

الرجاء وضع علامة على الخيار المناسب:

Wenn ja: seit wann? إذا كانت الإجابة بنعم، فمنذ متى؟	Ja نعم	Nein لا	Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? هل تعاني حاليًا من أي من هذه الأعراض التالية؟
			Fieber ارتفاع درجة الحرارة
			Durchfall الإسهال
			Erbrechen القيء
			Husten السعال
			Blutiger Auswurf بلغم به دم
			Hautausschlag الطفح الجلدي
			Juckreiz الحكة
			Gewichtsverlust فقد الوزن
			Nachtschweiß التعرق أثناء الليل
Wenn ja: seit wann? إذا كانت الإجابة بنعم، فمنذ متى؟	Ja نعم	Nein لا	Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? هي تعاني من أي ألم أو من أي إصابات؟

Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:

الرجاء وضع علامة على الأماكن التي تشعر فيها بالألم أو تعاني فيها من إصابات:



<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	Nehmen Sie derzeit Medikamente? هل تتناول أدوية حاليًا؟
Welches Medikament? لأي أمراض؟		Wenn ja: gegen welche Erkrankung? إذا كانت الإجابة بنعم، فلعللاج أي أمراض؟
		<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> السكري
		<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> الربو أو غير ذلك من أمراض الرئة
		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم، مرض القلب
		<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> الصرع أو غير ذلك من الاضطرابات العصبية
		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> مرض الكلى
		<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> الأورام
		<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> غير ذلك:

<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> لا أعرف	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> نعم	Haben Sie Impfungen erhalten? هل حصلت على أي لقاحات؟
Wie oft und wann zuletzt? ما مدى تكرار الحصول عليها، ومتى كانت آخر مرة؟		Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? إذا كانت الإجابة بنعم، فلعللاج أي أمراض؟	
		<input type="checkbox"/> Masern	

	<input type="checkbox"/> الحصبة
	<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> التهاب الغدة النكفية
	<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> الحصبة الألمانية
	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> شلل الأطفال
	<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> الديفتيريا
	<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> التيتانوس
	<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> المكورات السحائية ACWY
	<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> غير ذلك:

Nein لا	Wenn ja: welche und seit wann? في حالة الإجابة بنعم، فأى منها، ومنذ متى؟	Ja نعم	Bei Säuglingen und Kleinkindern: في حالة الرضع والأطفال الصغار:
			Liegen Entwicklungsstörungen vor? هل أنت مصاب باضطرابات في النمو؟

Nein لا	Wenn ja: seit wann? إذا كانت الإجابة بنعم، فمُنذ متى؟	Ja نعم	Bei Frauen: في حالة السيدات:
			Sind Sie schwanger? هل أنت حامل؟

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

الاسم والتوقيع
(للشخص الذي يقوم بتعبئة النموذج)

التاريخ