

Anlage 1
დანართ 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen
თვითნაშენი – ანამნეზის გამოკითხვის ფურცელი

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
 აუცილებელია შეივსოს სამედიცინოგამოკვლევის წინ ყველ იმ პირის მიერ, რომელც ითხოვს თავშესაფარს

Name გვარი სახელი და მამამ სახელი	
Geburtsdatum დაბადების თარიღი	
Herkunftsland წარმოშობის ქვეყანა	
AIS-Registrierungsnummer AIS სარეგისტრაციონომერი	

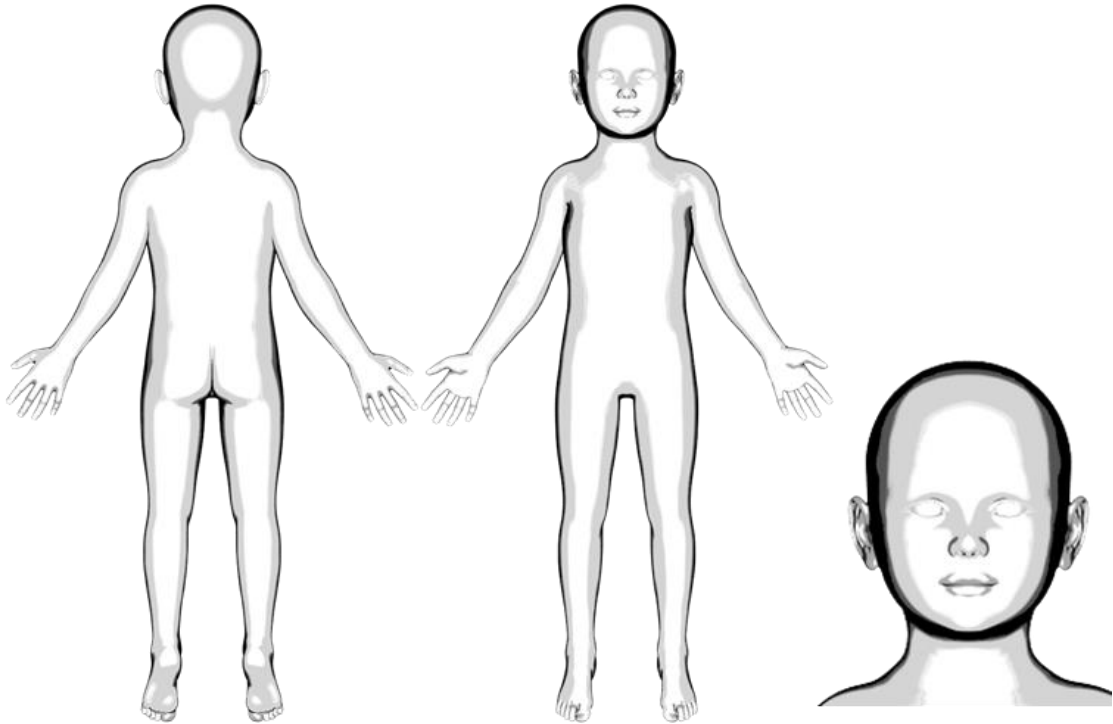
Zutreffendes bitte ankreuzen:

საჭირომნიშვნელობა – ით

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? გქონიათ თუ არა, ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე?	Nein არა	Ja არა	Wenn ja: seit wann? თუკი რომელი მთვინეობა?
Fieber სიცხე			
Durchfall ფლუდით			
Erbrechen პირუბინება			
Husten ხველება			
Blutiger Auswurf სისხლხველება			
Hautausschlag კანზე გამონაყარი			
Juckreiz ქავილი			
Gewichtsverlust წონაში დაკლება			
Nachtschweiß ღამის ოფლი			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? გაქვთ თუ არა რიმე ტკივილები ან ჭრილობები?	Nein არა	Ja კი	Wenn ja: seit wann? თუკი რომელი მთვინეობა?

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antistigiert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
გთხოვთ მინიშნეთას ადგილები, რომლებშიც გრძნობთ ტკივილს / გაქვეყნებულხები:



Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antistigiert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

Nehmen Sie derzeit Medikamente? ამჟამად იღებთ თუ არა მედიკამენტებს?	<input type="checkbox"/> Ja კი	<input type="checkbox"/> Nein არა
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? თუ კი, რომელ დაავადების საწინააღმდეგოდ?	Welches Medikament? რომელ მედიკამენტში?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) შაქრის დაავადება		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung ასთმა ან ფილტვის სხვა დაავადება		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung სისხლის მაღალი წნევა, გულის დაავადება		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung ეპილეფსია და სხვა ნევროლოგიური დაავადება		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung თირკმლის დაავადება		
<input type="checkbox"/> Tumor სიმსივნე		
<input type="checkbox"/> sonstige: სხვა დაავადება: 3]		

Haben Sie Impfungen erhalten? გაუწეუბიათ თუ არა ოქვენთვის აცრები?	<input type="checkbox"/> Ja კი	<input type="checkbox"/> Nein არა	<input type="checkbox"/> Weiß nicht არ ვიცი
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? თუ კი, რომელ დაავადებების საწინააღმდეგოდ?	Wie oft und wann zuletzt? რას სიხშირით ბოლოს როდეს ჩაგიტარდა?		

<input type="checkbox"/> Masern წითელ	
<input type="checkbox"/> Mumps ეპიდემიური პაროტიტი	
<input type="checkbox"/> Röteln წითურა	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) პოლიომიელიტი (ბავშვური ზურგ-ტერის პარალიზი)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie დიფტერია	
<input type="checkbox"/> Tetanus ტეტანუსი	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY მენინგოკოკი ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: სხვა დაავადება:	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: თბილისის პატარა ბავშვებისთვის:	Ja კი	Wenn ja: welche und seit wann? თუკი რომელი მემენტადან?	Nein არა
Liegen Entwicklungsstörungen vor? არსებობს თუარ განვითარების დარღვევა?			

Bei Frauen: ქალებისთვის:	Ja კი	Wenn ja: seit wann? თუკი, რომელი მემენტადან?	Nein არა
Sind Sie schwanger? არსებობს თუარ?			

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

თარიღი

სახელი, გვარი, მამის სახელი და ხელმოწერა
(იმ პირის, რომელმაც შეავსო)