

Anlage 1
Pêvekirinê 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

Dîroka Bijîşkî – Pelê dîroka Bijîşkî

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
 Hemî penaberan divê vê dilqê tijî bikin berî venêrînê Bijîşk

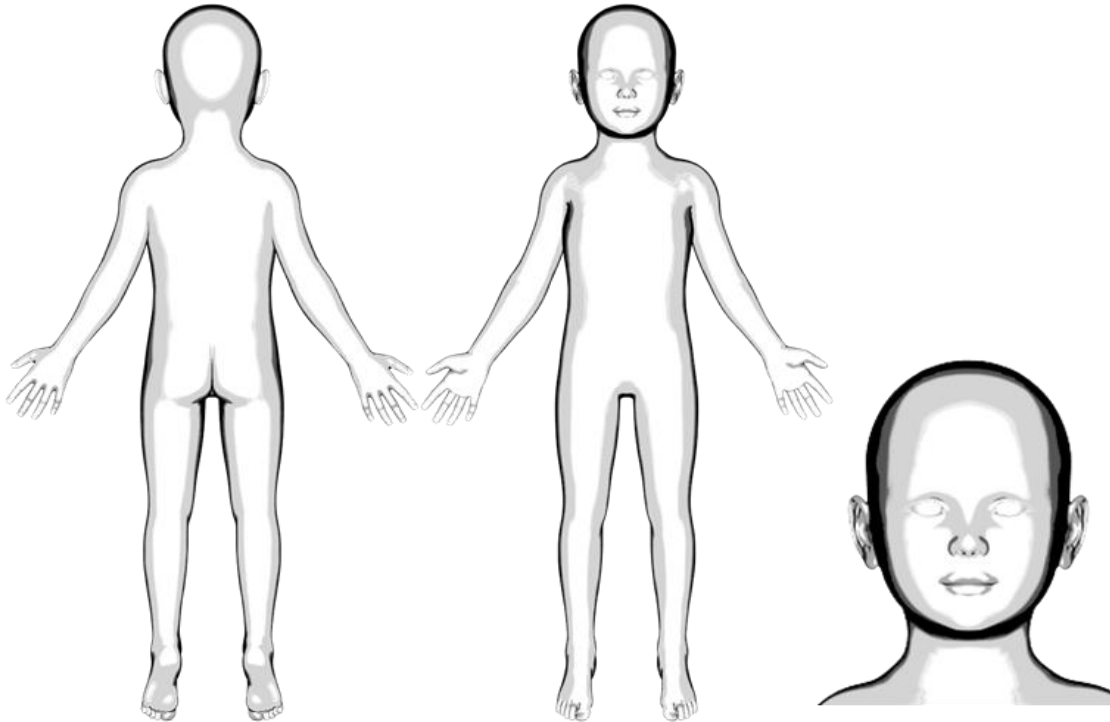
Name Nav	
Geburtsdatum Dîroka Rojbûn	
Herkunftsland Welat	
AIS-Registrierungsnummer AIS-Hejmara Qeyd	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ji kerema xwe, ewên dirust nîşan bike:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Hun niha nisaxîyekî mîna ewên jêr hene?	Nein Ne	Ja belê	Wenn ja: seit wann? Eger belê: ji kengî re?
Fieber Ta			
Durchfall Zikçûn			
Erbrechen Verişîn			
Husten Kuxik			
Blutiger Auswurf Lêçûnê xwîndar			
Hautausschlag Bîrov			
Juckreiz Xurîn			
Gewichtsverlust Zeîfbûn			
Nachtschweiß Xûdanê şev			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Hun êş an birînek heye?	Nein Ne	Ja belê	Wenn ja: seit wann? Eger belê: ji kengî re?

Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
Ji kerema xwe, ev cîyê ku hun êş an birînek heye, nîşan bikin:



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Hun niha derman bikar dînin?	<input type="checkbox"/> Ja Belê	<input type="checkbox"/> Nein Ne
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Hun niha derman bikar dînin?	Welches Medikament? Kijan derman?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) Şekir (Diyabet)		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung Astma an nesaxiyê dinê cîgera spî		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung Fişara xwîn, nesaxiyê dilê		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung Tep an nesaxiyê dinê Tamarê		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung Nesaxiyê Gurçik		
<input type="checkbox"/> Tumor Tûmor		
<input type="checkbox"/> sonstige: dinê:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Hun tamandin kiriye?	<input type="checkbox"/> Ja Belê	<input type="checkbox"/> Nein Ne	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Nizanim
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Eger belê: dijî kijan nesaxî?	Wie oft und wann zuletzt? Çend cara û dawî ya wan kengî?		

<input type="checkbox"/> Masern Sorik	
<input type="checkbox"/> Mumps Gurep	
<input type="checkbox"/> Röteln Sorik (Almanî), Sorika têkel	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) Falinc (Falinca zaroka)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie Dîfterî	
<input type="checkbox"/> Tetanus Derdê Kopan	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY Meningjît ACWY (Kotîbûnê mêjî)	
<input type="checkbox"/> sonstige: dinê:	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Bi bebik û zarokên biçûk re:	Ja	Wenn ja: welche und seit wann? Eger belê: kîjan û ji kengî re?	Nein Ne
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Pirsgirêkê pêşketinê hene?	Belê		

Bei Frauen: Bi Jinan re:	Ja Belê	Wenn ja: seit wann? Eger belê: ji kengî re?	Nein Ne
Sind Sie schwanger? Hun ducanin?			

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

Dîrok

Nav û Îmze
(Kesê tijîkir)