

Anlage 1**Selbstanamnese – Anamnesebogen**

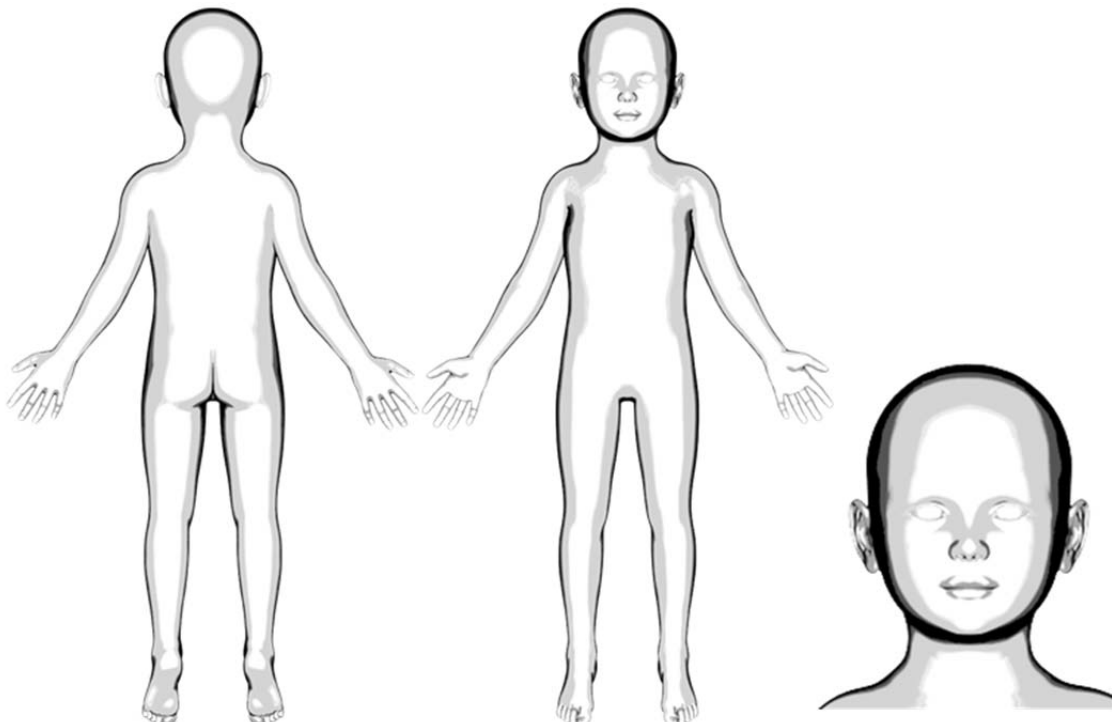
Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

Name	
Geburtsdatum	
Herkunftsland	
AIS-Registrierungsnummer	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden?	Nein	Ja	Wenn ja: seit wann?		
Fieber					
Durchfall					
Erbrechen					
Husten					
Blutiger Auswurf					
Hautausschlag					
Juckreiz					
Gewichtsverlust					
Nachtschweiß					
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen?	Nein	Ja	Wenn ja: seit wann?		

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



Nehmen Sie derzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: gegen welche Erkrankung?	Welches Medikament?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung		
<input type="checkbox"/> Tumor		
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Haben Sie Impfungen erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen?	Wie oft und wann zuletzt?		
<input type="checkbox"/> Masern			
<input type="checkbox"/> Mumps			
<input type="checkbox"/> Röteln			
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung)			
<input type="checkbox"/> Diphtherie			
<input type="checkbox"/> Tetanus			
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY			
<input type="checkbox"/> sonstige:			

Bei Säuglingen und Kleinkindern:	Ja	Wenn ja: welche und seit wann?	Nein
Liegen Entwicklungsstörungen vor?			

Bei Frauen:	Ja	Wenn ja: seit wann?	Nein
Sind Sie schwanger?			

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)