

Anlage 1
Ek 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen
Öz anamnez – Anamnez formu

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
Tıbbi muayene öncesi tüm mülteci başvurusunda bulunan kişiler tarafından doldurulacak

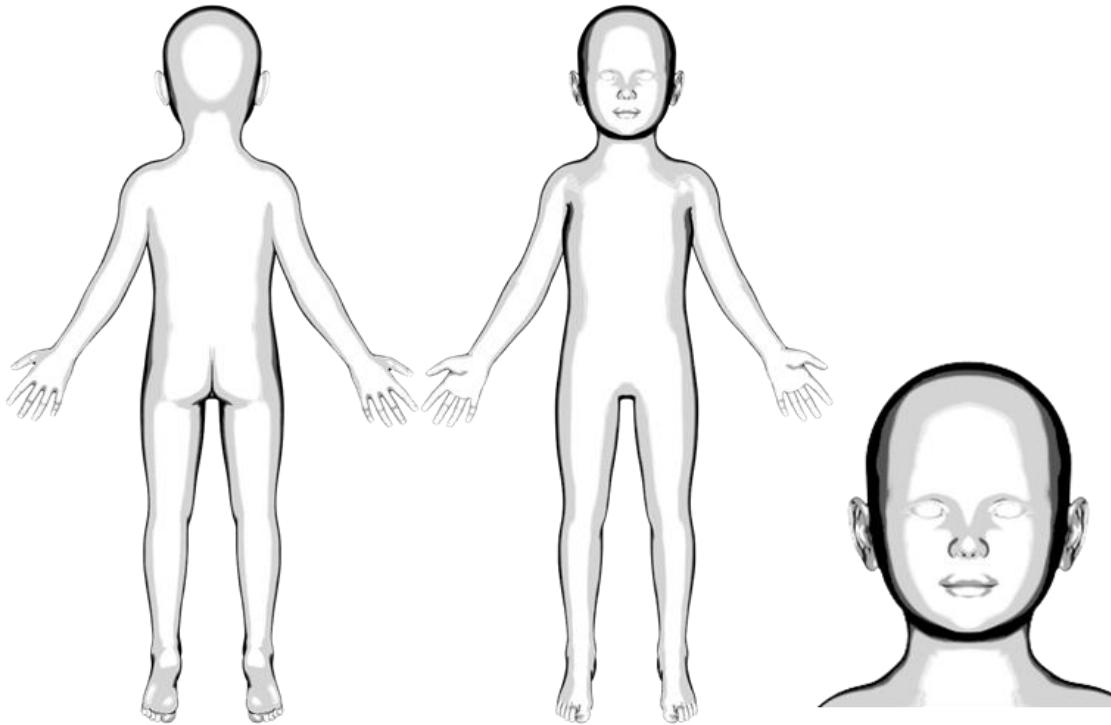
Name Adı	
Geburtsdatum Doğum tarihi	
Herkunftsland Yaşadığı ülke	
AIS-Registrierungsnummer AIS-Sicil numarası	

Zutreffendes bitte ankreuzen:
Geçerli olanları lütfen işaretleyin:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Şu an aşağıdaki rahatsızlıklardan birine sahip misiniz?	Nein Hayır	Ja Evet	Wenn ja: seit wann? Evet ise: Ne zamandan beri?
Fieber Ateş			
Durchfall İshal			
Erbrechen İstifra etme			
Husten Öksürme			
Blutiger Auswurf Kanlı tükürme			
Hautausschlag Egzama			

Juckreiz Kaşınma			
Gewichtsverlust Kilo kaybı			
Nachtschweiß Gece terlemesi			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Ağrılarınız veya yaralanmalarınız var mı?	Nein Hayır	Ja Evet	Wenn ja: seit wann? Evet ise: Ne zamandan beri?

**Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
Lütfen ağrılarınız veya yaralanmalarınız bulunduğu yerleri işaretleyin.**



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Şu anda ilaç kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hayır
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Evet ise: Hangi hastalığa karşı	Welches Medikament? Hangi ilaçlar?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı (Diyabet)		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Astım veya akciğer hastalığı		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon, kalp hastalığı		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Epilepsi veya diğer nörolojik hastalık		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Tümör		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> diğer:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Size aşılarda yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Evet ise: Hangi hastalığa karşı	Wie oft und wann zuletzt? Hangi sıklıkla, en son ne zaman?		
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Kızamık			
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Kabakulak			
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Kızamıkçık			
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Poliomyelit (Çocuk felci)			
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Difteri			
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Tetanoz			
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> Meningokok ACWY			

<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> diğەر:	
---	--

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Süt çocukları ve küçük çocuklar için:	Ja Evet	Wenn ja: welche und seit wann? Evet ise: hangileri ve ne zamandan beri	Nein
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Yatma Gelişim bozuklukları mevcut mu?			

Bei Frauen: Kadınlar için	Ja Evet	Wenn ja: seit wann? Se sim: desde quando?	Nein Hayır
Sind Sie schwanger? Hamile misiniz?			

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

Tarih

Adı ve imza
(dolduran kişinin)