

Anlage 1
Додаток 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen
Самоанамнез – історія хвороби

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
Заповнюється кожною особою, яка просить притулок, перед медичним оглядом

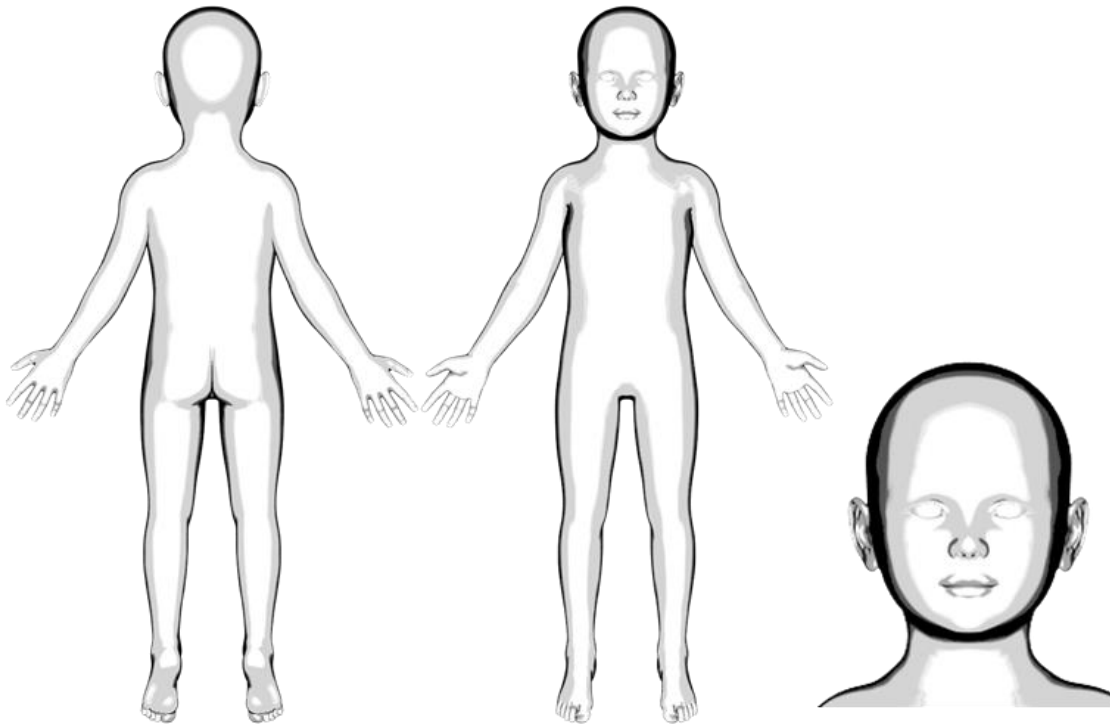
Name Прізвище	
Geburtsdatum Дата народження	
Herkunftsland Країна походження	
AIS-Registrierungsnummer Реєстраційний номер в інформаційній системі осіб, які просять притулку (AIS)	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Відмітьте хрестиком відповідні пункти:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Чи маєте зараз одну з наступних скарг?	Nein Ні	Ja Так	Wenn ja: seit wann? Якщо так: відколи?
Fieber Гарячка			
Durchfall Діарея			
Erbrechen Блювання			
Husten Блювання			
Blutiger Auswurf Кров'янисте мокротиння			
Hautausschlag Шкірний висип			
Juckreiz Свербіж			
Gewichtsverlust Втрата ваги			
Nachtschweiß Нічне потовиділення			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Чи відчуваєте болі або чи маєте ушкодження?	Nein Ні	Ja Так	Wenn ja: seit wann? Якщо так: відколи?

Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
Відмітьте місця, де ви відчуваєте біль або маєте ушкодження:



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Чи приймаєте ви зараз лікарські засоби?	<input type="checkbox"/> Ja Так	<input type="checkbox"/> Nein Ні
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Якщо так: від якого захворювання?	Welches Medikament? Які лікарські засоби?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) Цукровий діабет (діабет)		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung Астма або інше захворювання легень		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung Гіпертонія, захворювання серця		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung Епілепсія або інше неврологічне захворювання		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung Захворювання нирок		
<input type="checkbox"/> Tumor Пухлина		
<input type="checkbox"/> sonstige: інше:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Чи отримували ви щеплення?	<input type="checkbox"/> Ja Так	<input type="checkbox"/> Nein Ні	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Якщо так: від яких захворювань?	Wie oft und wann zuletzt? Як часто та коли востаннє?		

<input type="checkbox"/> Masern Кір	
<input type="checkbox"/> Mumps Епідемічний паротит	
<input type="checkbox"/> Röteln Краснуха	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) Поліомієліт (дитячий параліч)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie Дифтерія	
<input type="checkbox"/> Tetanus Правець	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY Менінгококи, серогрупи A, C, W, Y	
<input type="checkbox"/> sonstige: інше:	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Для немовлят та маленьких дітей:	Ja Так	Wenn ja: welche und seit wann? Якщо так: які та відколи?	Nein Ні
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Чи мають місце порушення розвитку?			

Bei Frauen: Для жінок:	Ja	Wenn ja: seit wann? Якщо так: який термін?	Nein Ні
Sind Sie schwanger? Ви вагітні?	Так		

Datum

Дата

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

Прізвище та підпис
(особи, яка заповнює)