

Anlage 1

ቅጥያ 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

የግልትውስታ – የትውስታመጠይቅ

Auszufüllen für jedeasylwerbendePerson vor der ärztlichenUntersuchung
 ከሕክምናምርመራውበፊትበእያንዳንዱጥገኝነትጠያቂየሚሞላ

Name ስም	
Geburtsdatum የትውልድ ቀን	
Herkunftsland የትውልድ አገር	
AIS-Registrierungsnummer AIS-ምዝገባ ቁጥር	

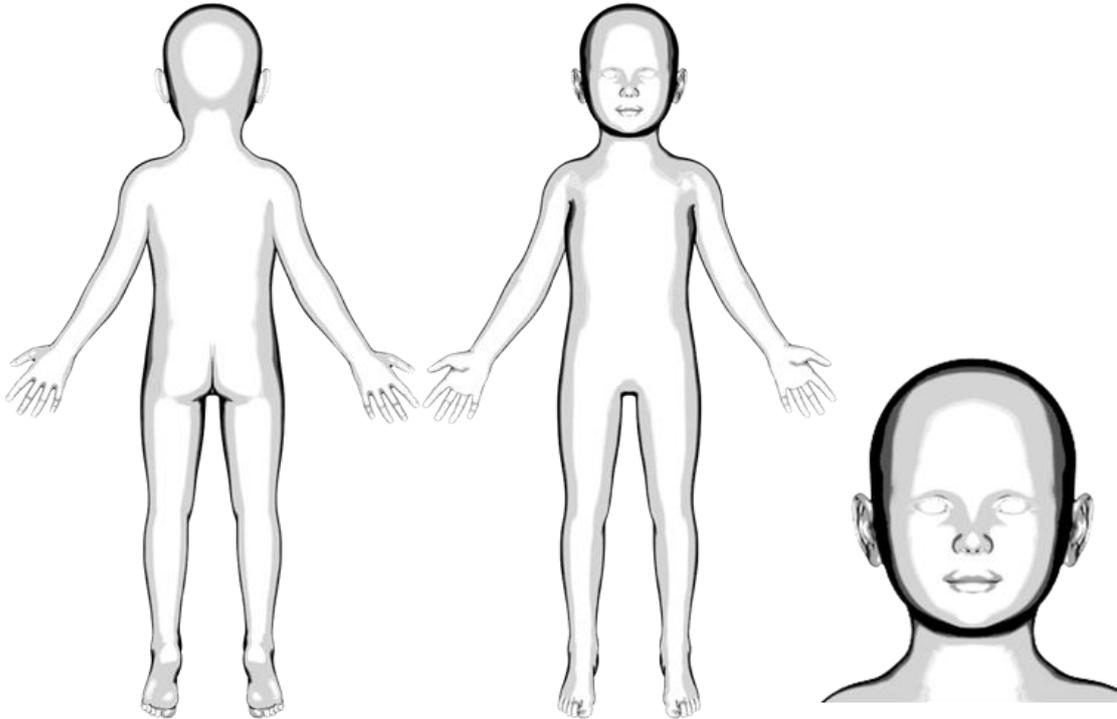
Zutreffendes bitte ankreuzen:

ተገቢነትያለውንምርመራአባክዎምልክትያድርጉበት፡-

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? ከሚከተሉትየበሽታምልክቶችየትኛውአለብዎት?	Nein አይ	Ja አዎ	Wenn ja: seit wann? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ከመቼ ጀምሮ?
Fieber ትኩሳት			
Durchfall ተቅማጥ			
Erbrechen ማሰታወክ			
Husten ሳል			
Blutiger Auswurf ደም የቀላቀለ አክታ			
Hautausschlag የቆዳ ሽፍታ			
Juckreiz ማሳከክ			
Gewichtsverlust ክብደት መቀነስ			
Nachtschweiß ለሊት ለሊት ማላብ			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? የሆነሕመምወይምቁስልአልዎት?	Nein አይ	Ja አዎ	Wenn ja: seit wann? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ከመቼ ጀምሮ?

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde amtsigniert. 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:
 ሕመም ወይም ቁስል ያለብዎትን ቦታ እባክዎን ልክት ያድርጉብት፡-**



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

Nehmen Sie derzeit Medikamente? በአሁኑ ሰዓት መድሃኒት እየወሰዱ ነው?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> አይ
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ለየትኛው በሽታ?	Welches Medikament? የትኛው በሽታ?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> ስኳር		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> አስም ወይም ሌላ የሳንባ በሽታ		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ደም ግፊት ወይም የልብ በሽታ		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> የሚጥል በሽታ ወይም ሌላ የነርቭ ሽታ		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> የኩላሊት በሽታ		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> ቲዩሞር		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> ሌሎች፡-		

Haben Sie Impfungen erhalten? ክትባቶች ወስደው ያውቃሉ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> አዎ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> አይ	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> አላውቅም
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen?	Wie oft und wann zuletzt?		

መልስዎ አዎክሆነ፣ ለየትኛው ብሽታ?	ለምን ያህል ጊዜ በተደጋጋሚ እና ለመጨረሻ ጊዜ መቼ?
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> ኩፍኝ	
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> ጆሮ ደግፍ	
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> ሩቤላ	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> ፖሊዮ (የልጅነት ልምሻ)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> መንጋጋ ቆልፍ	
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> ቲታኒስ	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> ሜኔንጂቲስ ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> ሌሎች:-	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: ለጨቅላ ሕጻናት እና ለታዳጊ ሕጻናት:-	Ja አዎ	Wenn ja: welche und seit wann? መልስዎ አዎክሆነ፣ የትኛው እና ከመቼ ጀምሮ?	Nein አይ
Liegen Entwicklungsstörungen vor? የሰውነት ዕድገት ችግሮች አሉ?			

Bei Frauen: ለሴቶች:-	Ja አዎ	Wenn ja: seit wann? መልስዎ አዎክሆነ፣ ከመቼ ጀምሮ?	Nein አይ
Sind Sie schwanger? ነፍሰጡር ነዎት?			

Datum
ቀን

Name und Unterschrift
ስም እና ፊርማ
(der ausfüllenden Person)
(ቅጹን የሞላው ግለሰብ)