

Anlage 1
Annex 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen
Self anamnesis– Anamnesis sheet

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
 To be completed for each asylum seeker prior to medical examination

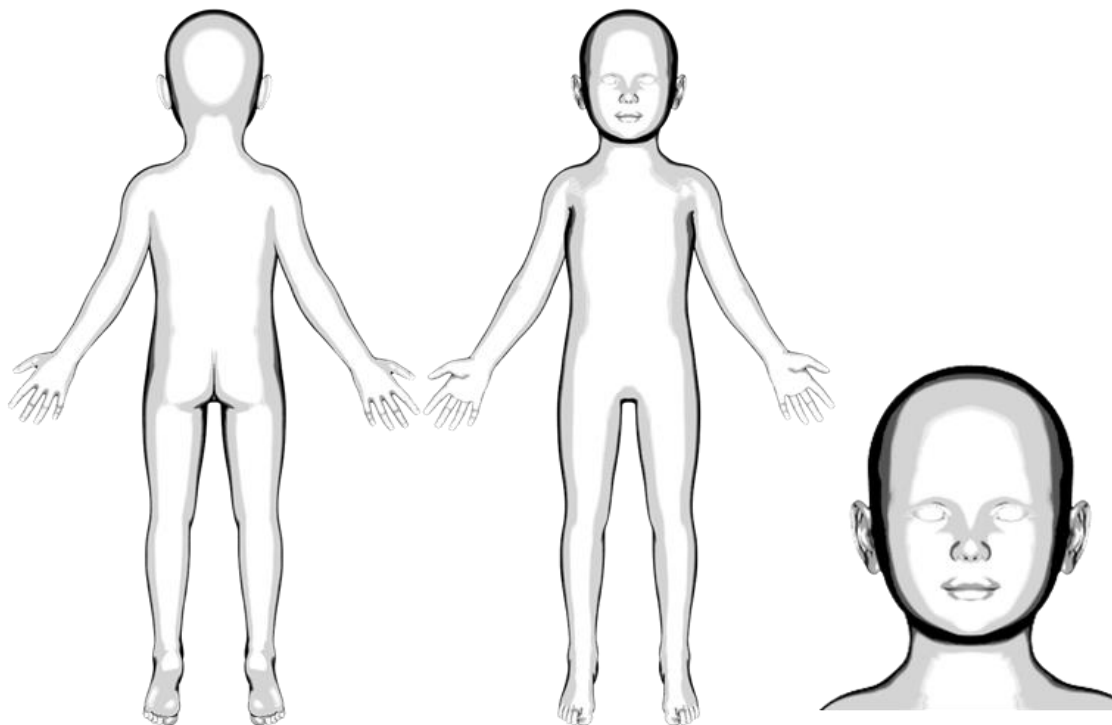
Name Name	
Geburtsdatum Date of birth	
Herkunftsland Country of Origin	
AIS-Registrierungsnummer AIS-Registration number	

Zutreffendes bitte ankreuzen:
 Please tick as appropriate:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Do you currently suffer from any of the following complaints?	Nein No	Ja Yes	Wenn ja: seit wann? If so: since when?
Fieber Fever			
Durchfall Diarrhoea			
Erbrechen Vomiting			
Husten Coughing			
Blutiger Auswurf Bloody sputum			
Hautausschlag Skin rash			
Juckreiz			

Itchy skin			
Gewichtsverlust Weight loss			
Nachtschweiß Night sweats			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Are you in pain or do you have any injuries?	Nein No	Ja Yes	Wenn ja: seit wann? If so: since when?

**Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
 Please mark the areas where you suffer from pain or where your injuries are:**



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Are you currently taking any medication?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> No
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? If so: For which illness?	Welches Medikament? Which medication?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Asthma or other lung disease		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> High blood pressure, heart disease		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Epilepsy or other neurological disorder		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Kidney disease		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Tumour		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> other:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Have you had any vaccinations?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Don't know
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? If so: For which diseases?	Wie oft und wann zuletzt? How often and when was the last time?		
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Measles			
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Mumps			
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Rubella			
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (infantile paralysis)			
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Diphtheria			
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Tetanus			
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> Meningococcal ACWY			
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> other:			

Bei Säuglingen und Kleinkindern: For infants and young children:	Ja Yes	Wenn ja: welche und seit wann? If so: which and since when?	Nein No
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Are there any developmental delays?			

Bei Frauen: For women:	Ja Yes	Wenn ja: seit wann? If so: since when?	Nein No
Sind Sie schwanger? Are you pregnant?			

Datum

Date

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

Name and signature
(of person filling out the
form)