

Anlage 1

پیوست 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

شرح حال پزشکی شخص - پرسشنامه شرح حال پزشکی

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

قبل از معاینه پزشکی، باید توسط پناهنده تکمیل شود.

	Name نام
	Geburtsdatum تاریخ تولد
	Herkunftsland کشور مبدأ
	AIS-Registrierungsnummer سیستم شناسایی خودکار - شماره پلاک

Zutreffendes bitte ankreuzen:

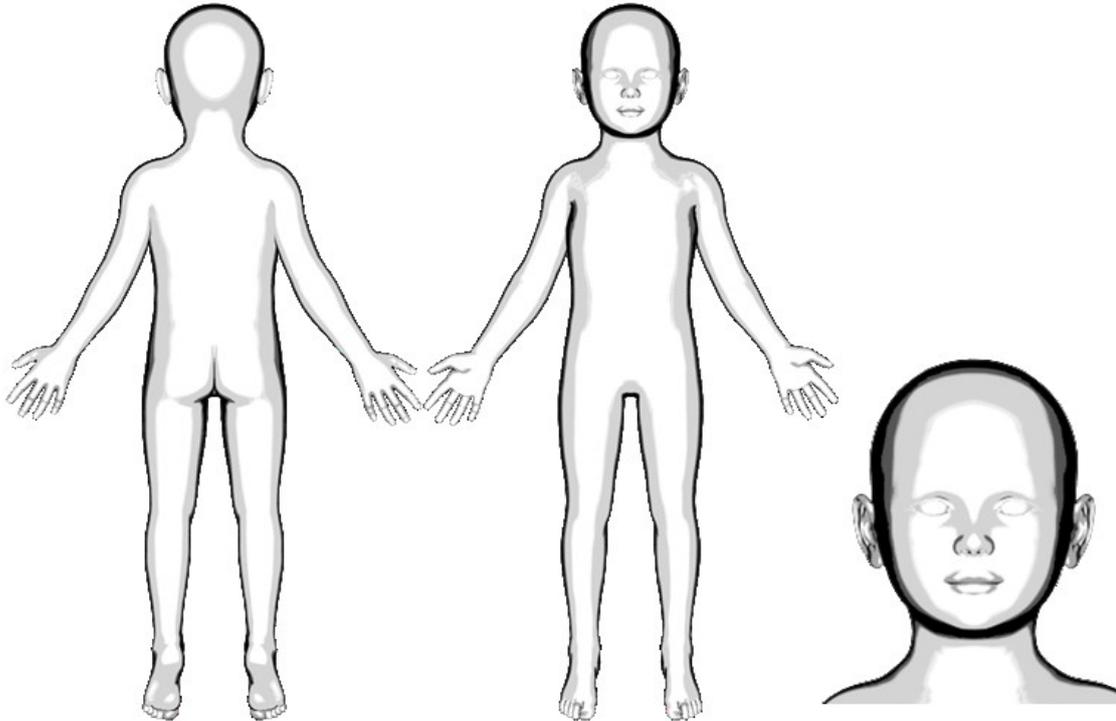
لطفاً گزینه مناسب را علامت بزنید:

Wenn ja: seit wann? اگر بله: از چه زمانی؟	Ja بله	Nein خیر	Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? آیا هم‌اکنون یکی از علائم زیر را دارید؟
			Fieber تب
			Durchfall اسهال
			Erbrechen استفراغ
			Husten سرفه
			Blutiger Auswurf خلط خونی
			Hautausschlag جوش
			Juckreiz خارش
			Gewichtsverlust کاهش وزن
			Nachtschweiß تعریق شبانه

Wenn ja: seit wann? اگر بله: از چه زمانی؟	Ja بله	Nein خیر	Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? آیا درد و جراحتی دارید؟

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

لطفاً آن قسمت از بدن که در آن درد یا جراحی دارید مشخص کنید:



<input type="checkbox"/> Nein خیر	<input type="checkbox"/> Ja بله	Nehmen Sie derzeit Medikamente? آیا هم‌اکنون دارو مصرف می‌کنید؟
Welches Medikament? کدام بیماری؟		Wenn ja: gegen welche Erkrankung? اگر بله: برای کدام بیماری؟
		<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) دیابت
		<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> آسم یا دیگر بیماری ریوی
		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> فشار خون، بیماری قلبی
		<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> صرع یا دیگر اختلال روانی
		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی
		<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> تومور
		<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> سایر:

<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> نمی‌دانم	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> بله	Haben Sie Impfungen erhalten? آیا واکسن دریافت کرده‌اید؟
Wie oft und wann zuletzt? چند وقت به چند وقت، و تا چه زمانی؟		Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? اگر بله: برای کدام بیماری؟	
		<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> سرخک	
		<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> اوریون	
		<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> سرخجه	
		<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> پولیومیالیت (فلج اطفال)	
		<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> دیفتری	
		<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> کزاز	
		<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY منتزیت ACWY	
		<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> سایر:	

Nein خیر	Wenn ja: welche und seit wann? اگر بله: کدام واکسن و از چه زمانی؟	Ja بله	Bei Säuglingen und Kleinkindern: در موارد نوزادان و خردسالان:
			Liegen Entwicklungsstörungen vor? آیا اختلالات رشدی وجود دارد؟

Nein خیر	Wenn ja: seit wann? اگر بله: از چه زمانی؟	Ja بله	Bei Frauen: در موارد بانوان:
			Sind Sie schwanger? آیا باردارید؟

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)نام و امضا
(شخصی که فرم را تکمیل می‌کند)

تاریخ