

Anlage 1/Annexe

Selbstanamnese – Anamnesebogen Auto-anamnèse – Fiche d’antécédents

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
A remplir par tout demandeur d’asile avant l’examen médical

Name Nom	
Geburtsdatum Date de naissance	
Herkunftsland Pays d’origine	
AIS-Registrierungsnummer Numéro d’enregistrement AIS	

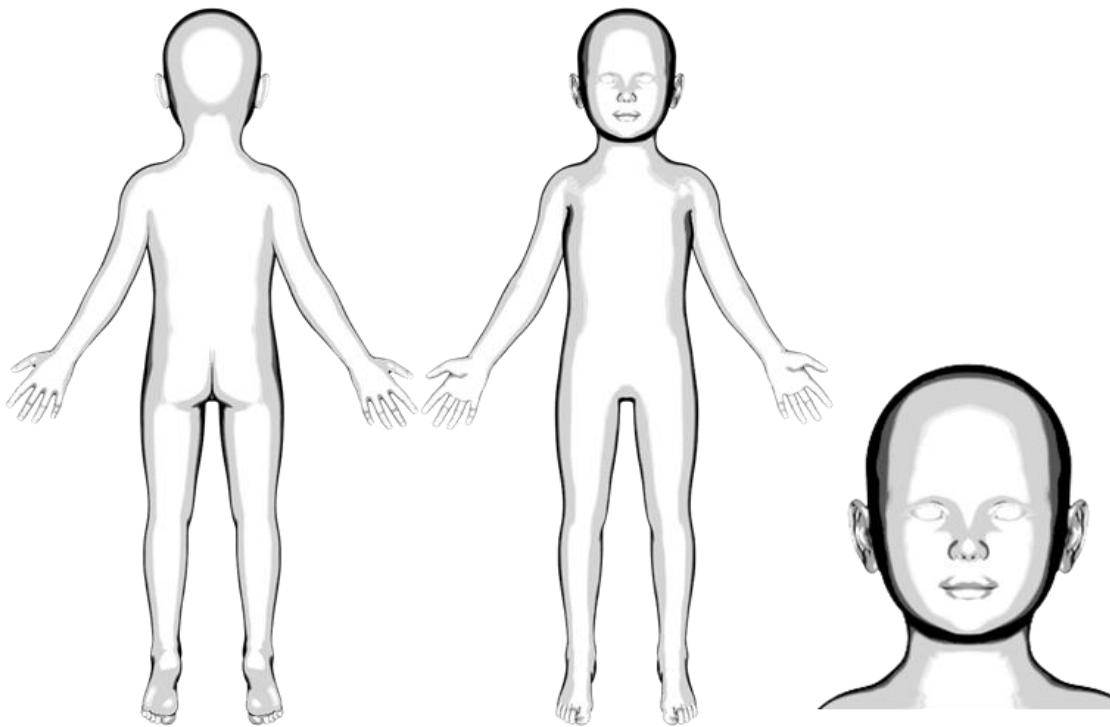
Zutreffendes bitte ankreuzen:

Cocher la réponse adéquate :

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Etes-vous actuellement atteint d’un des troubles suivants ?	Nein Non	Ja Oui	Wenn ja: seit wann? Si oui : depuis quand ?
Fieber/Fièvre			
Durchfall/Diarrhée			
Erbrechen/Vomissements			
Husten/Toux			
Blutiger Auswurf/ Expectorations sanglantes			
Hautausschlag/ Eruptions cutanées			
Juckreiz/ Démangeaisons			
Gewichtsverlust/ Perte de poids			
Nachtschweiß/ Sueurs nocturnes			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Avez-vous des douleurs ou des blessures ?	Nein Non	Ja Oui	Wenn ja: seit wann? Si oui : depuis quand ?

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

Veillez indiquer les endroits où vous avez des douleurs ou des blessures :



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Prenez-vous des médicaments actuellement ?	<input type="checkbox"/> Ja/Oui	<input type="checkbox"/> Nein/Non
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Si oui : contre quelles maladies ?	Welches Medikament? Quels médicaments ?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)/Diabète		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung/ Asthme ou autre maladie pulmonaire		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung/ Hypertension artérielle, maladie cardiaque		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung/ Epilepsie ou autre maladie neurologique		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung/ Maladie des reins		
<input type="checkbox"/> Tumor/Tumeur		
<input type="checkbox"/> sonstige:/Autres :		

Haben Sie Impfungen erhalten? Avez-vous été vacciné ?	<input type="checkbox"/> Ja/Oui	<input type="checkbox"/> Nein/Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Si oui : contre quelles maladies ?	Wie oft und wann zuletzt? A quelle fréquence et quand pour la dernière fois ?		
<input type="checkbox"/> Masern/Rougeole			
<input type="checkbox"/> Mumps/Oreillons			
<input type="checkbox"/> Röteln/Rubéole			

<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung)/ Poliomyélite (paralysie infantile)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie/Diphtérie	
<input type="checkbox"/> Tetanus/Tétanos	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY/ Méningocoques ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige:/Autres :	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Pour les nourrissons et enfants en bas âge :	Ja/ Oui	Wenn ja: welche und seit wann? Si oui : lesquels et depuis quand ?	Nein /Non
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Ont-ils des troubles du développement ?			

Bei Frauen: Pour les femmes :	Ja/ Oui	Wenn ja: seit wann? Si oui : depuis quand ?	Nein /Non
Sind Sie schwanger? Etes-vous enceinte ?			

Datum
Date

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)
Nom et signature
(de la personne ayant
rempli le questionnaire)