

Anlage 1
परिशिष्ट 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

व्यक्तिगत पूर्व विवरण – पूर्व विवरण का प्रश्नावली

Auszufüllen für jedeasylwerbendePerson vor der ärztlichenUntersuchung
मेडिकल जाँच से पहले प्रत्येक शरणार्थी के लिए पूरा किया जाए

Name नाम	
Geburtsdatum जन्म तिथि	
Herkunftsland मूल देश	
AIS-Registrierungsnummer AIS - पंजीकरण संख्या	

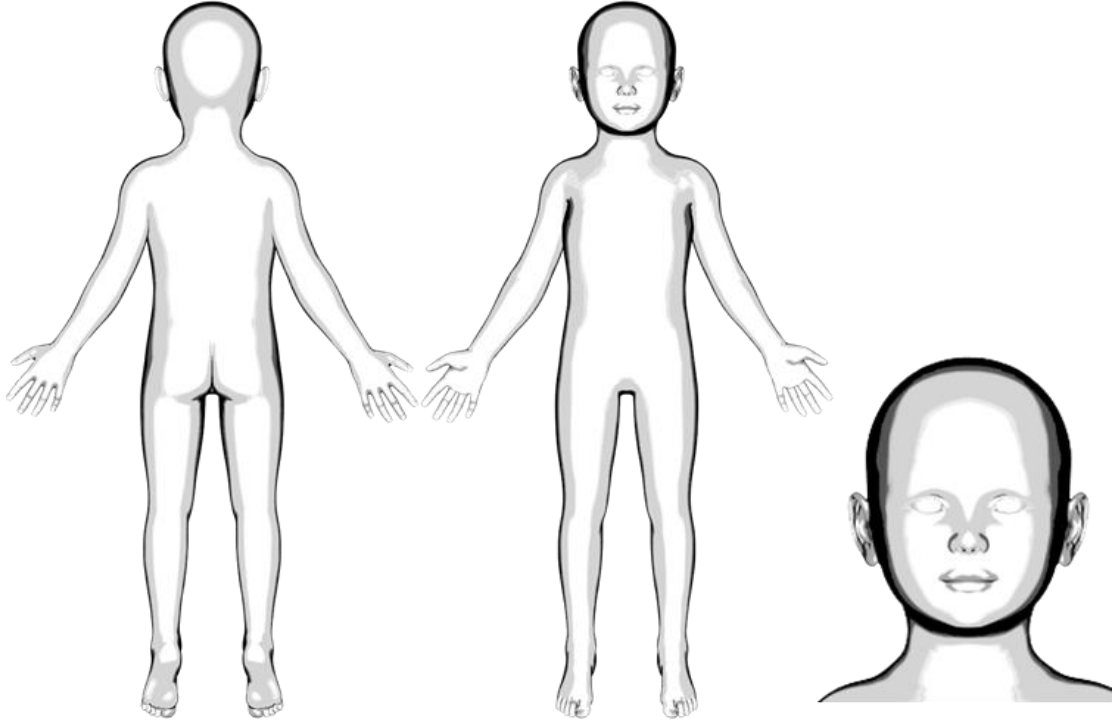
Zutreffendes bitte ankreuzen:

उचित विकल्प पर टिक करें:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? क्या वर्तमान में आपको निम्नलिखित में से कोई लक्षण है?	Nein नहीं	Ja हाँ	Wenn ja: seit wann? यदि हाँ: कब से?
Fieber बुखार			
Durchfall दस्त			
Erbrechen उल्टी			
Husten खांसी			
Blutiger Auswurf थूक में खून			
Hautausschlag त्वचा में लाल चकते			
Juckreiz खुजली			
Gewichtsverlust वजन घटना			
Nachtschweiß			

रात का पसीना			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? क्या आपको कोई दर्द या चोट है?	Nein नहीं	Ja हाँ	Wenn ja: seit wann? यदि हाँ: कब से?

Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
उन स्थानों को चिह्नित करें, जहां आपको दर्द या चोट है:



Nehmen Sie derzeit Medikamente? क्या आप वर्तमान में कोई दवा लेते हैं?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> नहीं
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? यदि हाँ: किस रोग के लिए?	Welches Medikament? कौन सा रोग?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> मधुमेह		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> अस्थमा या अन्य फेफड़ों के रोग		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप, हृदय रोग		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> मिर्गी या अन्य मस्तिष्क संबंधी विकार		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> गुर्दे की बीमारी		
<input type="checkbox"/> Tumor		

<input type="checkbox"/> ट्यूमर	
<input type="checkbox"/> sonstige:	
<input type="checkbox"/> अन्य:	

Haben Sie Impfungen erhalten? क्या आपका कोई टीकाकरण किया गया है?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> हाँ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> नहीं	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> पता नहीं
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? यदि हाँ: किस रोग के लिए?	Wie oft und wann zuletzt? कितनी बार और अंतिम कब किया गया था?		
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> खसरा			
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> गलगण्ड रोग			
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> रूबेला			
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> पोलियो (शिशुओं का लकवा)			
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> डिप्थीरिया			
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> टेटनस			
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> मेनिंजोकोक्कल ACWY			
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> अन्य:			

Bei Säuglingen und Kleinkindern: शिशुओं और छोटे बच्चों के मामले में:	Ja हाँ	Wenn ja: welche und seit wann? यदि हाँ: कौन सा और कब से?	Nein नहीं
Liegen Entwicklungsstörungen vor? क्या कोई विकासात्मक विकार है?			

Bei Frauen: महिलाओं के मामले में:	Ja हाँ	Wenn ja: seit wann? यदि हाँ: कब से?	Nein नहीं
Sind Sie schwanger? क्या आप गर्भवती हैं?			

Version 1
संस्करण 1

14. Oktober 2015
14 अक्टूबर 2015

Datum
तिथि

Name und Unterschrift
नाम और हस्ताक्षर
(der ausfüllenden Person)
(फॉर्म पूरा करने वाले व्यक्ति का)

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