

Anlage 1
Imperekeza ya 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

Ibintu bikwibutsa wewe ubwawe – Urutonde rw'ibibazo bikwibutsa

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
 Bikenera kuzuzwa ku muntu asaba ubuhungiro mbere yo guzumwa na muganga

Name Izina	
Geburtsdatum Itariki y'amavukiro	
Herkunftsland Igihugu akomokamo	
AIS-Registrierungsnummer AIS – Inimero iyandikishizeko	

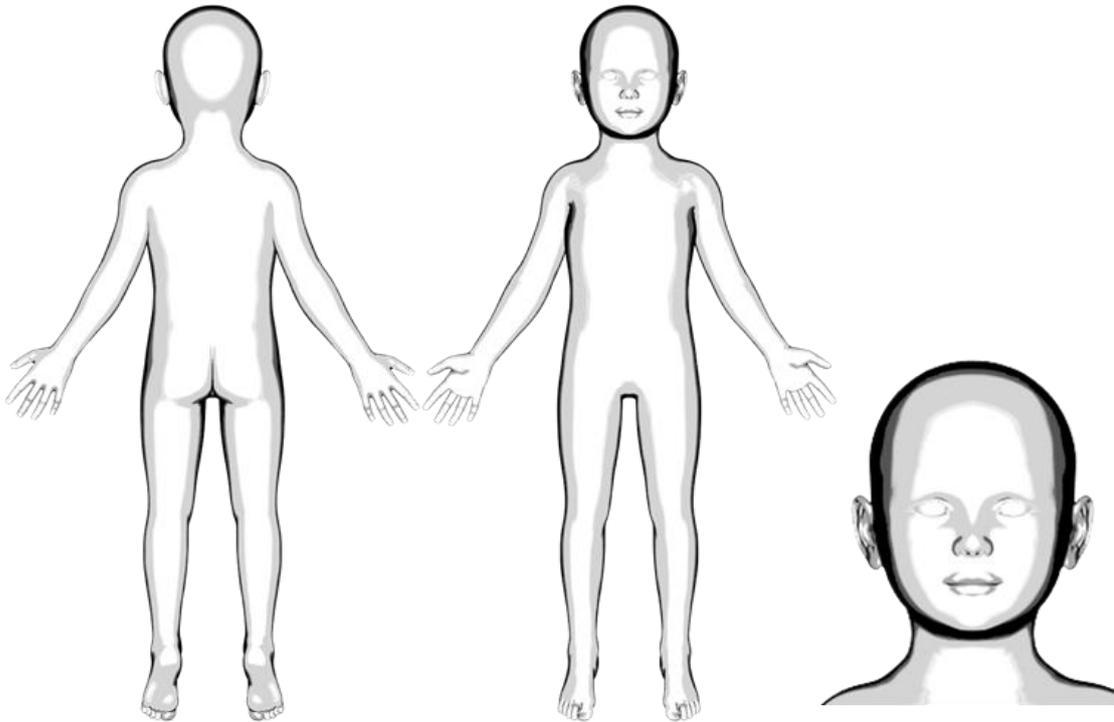
Zutreffendes bitte ankreuzen:

Utegerezwa gushira ikimenyetso ku vyo wahisemo:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Woba ufise none ibimenyetso biranga uburwayi bikurikira?	Nein Oya	Ja Eg o	Wenn ja: seit wann? Iyo ari ego:gutangura ryari?
Fieber Umucanwa			
Durchfall Gucibwamo			
Erbrechen Kudahwa			
Husten Inkorora			
Blutiger Auswurf Amate arimo amaraso			
Hautausschlag Udukomere ku rukoba			
Juckreiz Ubusasate			
Gewichtsverlust Kwonda			
Nachtschweiß Kubira icuya mu ijoro			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen?	Nein	Ja Eg	Wenn ja: seit wann? Iyo ari ego:gutangura

Woba ufise ahantu utonekara canke ibikomere?	Oya	o	ryari?

**Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
 Shira ikimenyetso aho utonekara canke aho ufise ibikomere:**



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Hari imiti ufata ubu nyene?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ego	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Oya
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Iyo ari ego: ni ivura izihe ndwara?	Welches Medikament? Indwara yihe?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Indwara y'igisukari		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Agasema canke iyindi ndwara y'amahaha		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Umutima wiruka, indwara y'umutima		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Intandara canke izindi ndwara zo mu mutwe		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Amafigo		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Ikiviyimba		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> Izindi:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Wahawe incanco?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ego	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Oya	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Sindabizi
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Iyo ari ego: ukingira iyihe ndwara?	Wie oft und wann zuletzt? Waronse urucanco kangaha igihe uheruka ni ryari?		
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Imitsi			
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Amasambambgika			
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Rujora			
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Ubukangwe			
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Diphtheria			
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Tetanusi(rudadaza)			
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> Mugiga			
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> Izindi:			

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Mu gihe ari ibibondo canke abana bakuru:	Ja Eg o	Wenn ja: welche und seit wann? Iyo ari ego: Ni iyihe kandi ni uguhera ryari?	Nein Oya
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Hoba hari ingorane zibuza umwana gukura neza?			

Bei Frauen: Mu gihe biraba abigeme:	Ja Eg o	Wenn ja: seit wann? Iyo ari ego: gutangura ryari?	Nein Oya
Sind Sie schwanger? Uribungese?			

Datum
Itariki

Name und Unterschrift
Izina n'igikumu
(der ausfüllenden Person)
(c'umuntu yuzuza ifishi)