

Anlage 1
Хавсралт 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

Хувийн мэдээлэл – Шинээр элсэгчдийн бөглөх маягт

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
Эмнэлгийн үзлэгт орохоосоо өмнө орогнол хүсч байгаа хүн бүр бөглөнө.

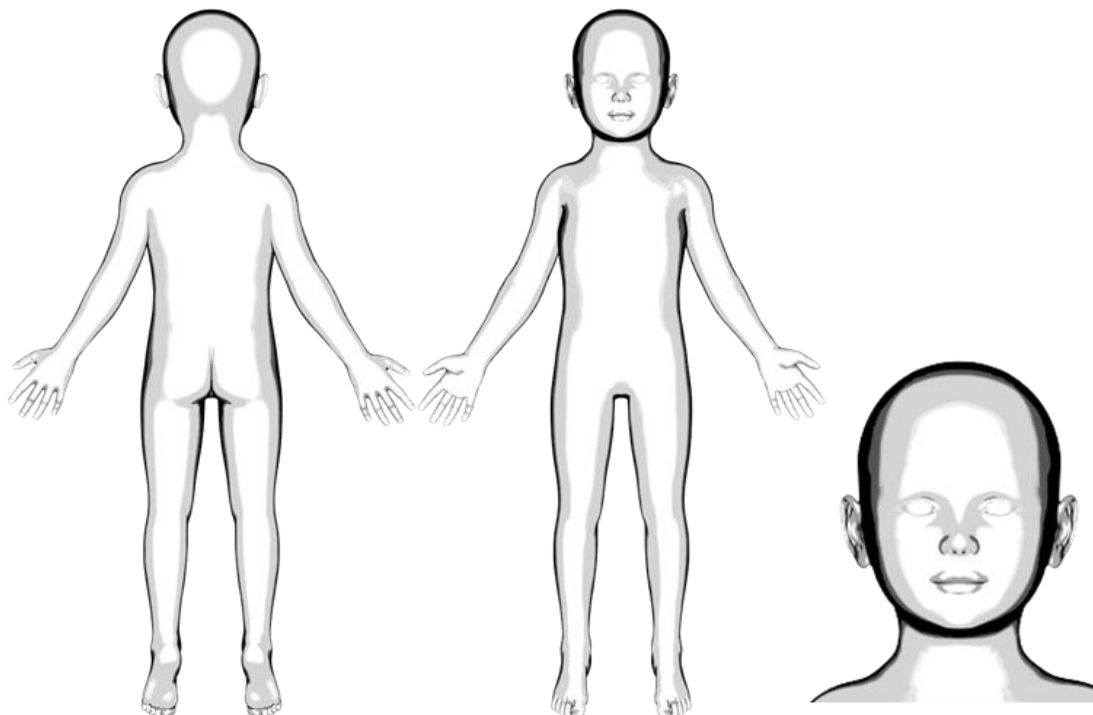
Name Нэр	
Geburtsdatum Төрсөн он сар өдөр	
Herkunftsland Төрсөн улс	
AIS-Registrierungsnummer МСХ-Бүртгэлийн дугаар	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Тохирч байгаа бүгдийг тэмдэглэ:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? Та одоогоор дараахь өвчнүүдийн аль нэгээр шаналж байгаа юу?	Nein Үгүй	Ja Тийм	Wenn ja: seit wann? Хэрвээ тийм бол: хэзээнээс хойш?
Fieber Халуурах			
Durchfall Суулгалт			
Erbrechen Бөөлжих			
Husten Ханиах			
Blutiger Auswurf Цус алдах			
Hautausschlag Арьсны тууралт/Улаан бурхан			
Juckreiz Загатнах			
Gewichtsverlust Турах			
Nachtschweiß Шөнө хөлрөх			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Танд өвчин зовиур буюу эсвэл гэмтэл бэртэл байгаа юу?	Nein Үгүй	Ja Тийм	Wenn ja: seit wann? Хэрвээ тийм бол: хэзээнээс хойш?

Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
Таны хаана өвддөг болон та хаанаа бэртэл авсанаа заана уу:



Nehmen Sie derzeit Medikamente? Та одоогоор эм үүж байгаа юу?	<input type="checkbox"/> Ja Тийм	<input type="checkbox"/> Nein Үгүй
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Та одоогоор эм үүж байгаа юу?	Welches Medikament? Ямар эм?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) Чихрийн шижин		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung Астма буюу бусад уушигны өвчнүүд		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung Даралт өндөрсөх, зүрхний өвчин		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung Татаж унах өвчин буюу бусад мэдрэлийн өвчин		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung Бөөр өвдөх		
<input type="checkbox"/> Tumor Хавдар		
<input type="checkbox"/> sonstige: Бусад:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Та вакцин хийлгэж байсан уу?	<input type="checkbox"/> Ja Тийм	<input type="checkbox"/> Nein Үгүй	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Мэдэхгүй
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Хэрвээ тийм бол: ямар өвчинд зориулж?	Wie oft und wann zuletzt? Хэдэн удаа ба хамгийн сүүлд хэзээ хийлгэсэн бэ?		

<input type="checkbox"/> Masern Улаан бурхан	
<input type="checkbox"/> Mumps Гахай хавдар	
<input type="checkbox"/> Röteln Тууралт	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) Саажилт	
<input type="checkbox"/> Diphtherie Дифтери	
<input type="checkbox"/> Tetanus Татран	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY Менингитийн вакцин	
<input type="checkbox"/> sonstige: бусад:	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Нярай болон мөлхөө хүүхэд:	Ja Тийм	Wenn ja: welche und seit wann? Хэрвээ тийм бол: аль нь ба хэзээнээс хойш?	Nein Үгүй
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Хөгжлийн бэрхшээлтэй юү?			

Bei Frauen: Эмэгтэй:	Ja Тийм	Wenn ja: seit wann? Хэрвээ тийм бол: Хэзээ?	Nein Үгүй
Sind Sie schwanger? Та жирэмсэн үү?			

Datum

Он сар өдөр

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

Нэр ба гарын үсэг
(өргөдөл гаршаж байгаа хүний)