

Anlage 1
Anexo 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen
Auto-anamnese – Modelo de anamnese

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
A preencher por cada pessoa requerente de asilo antes do exame médico

Name Nome	
Geburtsdatum Data de nascimento	
Herkunftsland País de origem	
AIS-Registrierungsnummer Número de registo AIS	

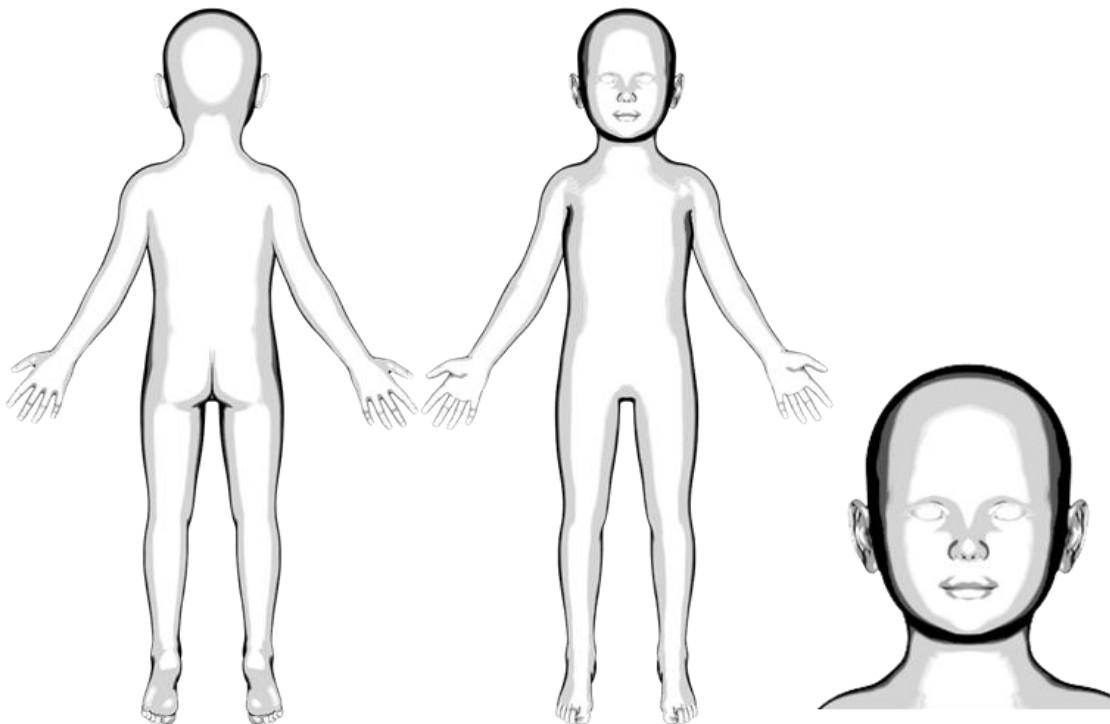
Zutreffendes bitte ankreuzen:

Marcar com uma cruz o correspondente:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? De momento tem alguma das seguintes queixas?	Nein Não	Ja Sim	Wenn ja: seit wann? Se sim: desde quando?
Fieber Febre			
Durchfall Diarreia			
Erbrechen Vómitos			
Husten Tosse			
Blutiger Auswurf Expetoração com sangue			
Hautausschlag Erupção cutânea			
Juckreiz Prurido			

Gewichtsverlust Perda de peso			
Nachtschweiß Suores noturnos			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? Tem dores ou ferimentos?	Nein Não	Ja Sim	Wenn ja: seit wann? Se sim: desde quando?

**Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:
Marque os pontos onde tem dores ou ferimentos:**



Nehmen Sie derzeit Medikamente? De momento toma medicação?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Não
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? Se sim: para que doença?	Welches Medikament? Que medicamentos?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Asma ou outras doenças pulmonares		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Hipertensão, doenças cardíacas		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> Epilepsia ou outras doenças neurológicas		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Insuficiência renal		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Tumor		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> outros:		

Haben Sie Impfungen erhalten? Obteve vacinas?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Não sei
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? Se sim: para que doenças?	Wie oft und wann zuletzt? Quantas vezes e quando foi a última vez?		
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Sarampo			
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Papeira			
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Rubéola			
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> Poliomelite (Paralísia infantil)			
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Difteria			
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Tétano			
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> Meningococo ACWY			
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> outros:			

Bei Säuglingen und Kleinkindern: Em bebés e crianças pequenas:	Ja Sim	Wenn ja: welche und seit wann? Se sim: quais e desde quando?	Nein Não
Liegen Entwicklungsstörungen vor? Existem distúrbios no desenvolvimento?			

Bei Frauen: Nas mulheres:	Ja Sim	Wenn ja: seit wann? Se sim: desde quando?	Nein Não
Sind Sie schwanger? Está grávida?			

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

Data

Nome e assinatura
(da pessoa que preenche)