

Anlage 1
ਅੰਤਿਕਾ 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

ਨਿੱਜੀ ਚਿਕਿਤਸਾ ਇਤਿਹਾਸ – ਚਿਕਿਤਸਾ ਇਤਿਹਾਸ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

Auszufüllen für jedeasyllwerbendePerson vor der ärztlichenUntersuchung
ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂਚ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਰੇਕ ਆਸਰਮ-ਖੋਜੀ ਲਈ ਭਰੀ ਜਾਣੀ ਹੈ

Name ਨਾਮ	
Geburtsdatum ਜਨਮ ਮਿਤੀ	
Herkunftsland ਮੂਲ ਦੇਸ਼	
AIS-Registrierungsnummer AIS – ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ	

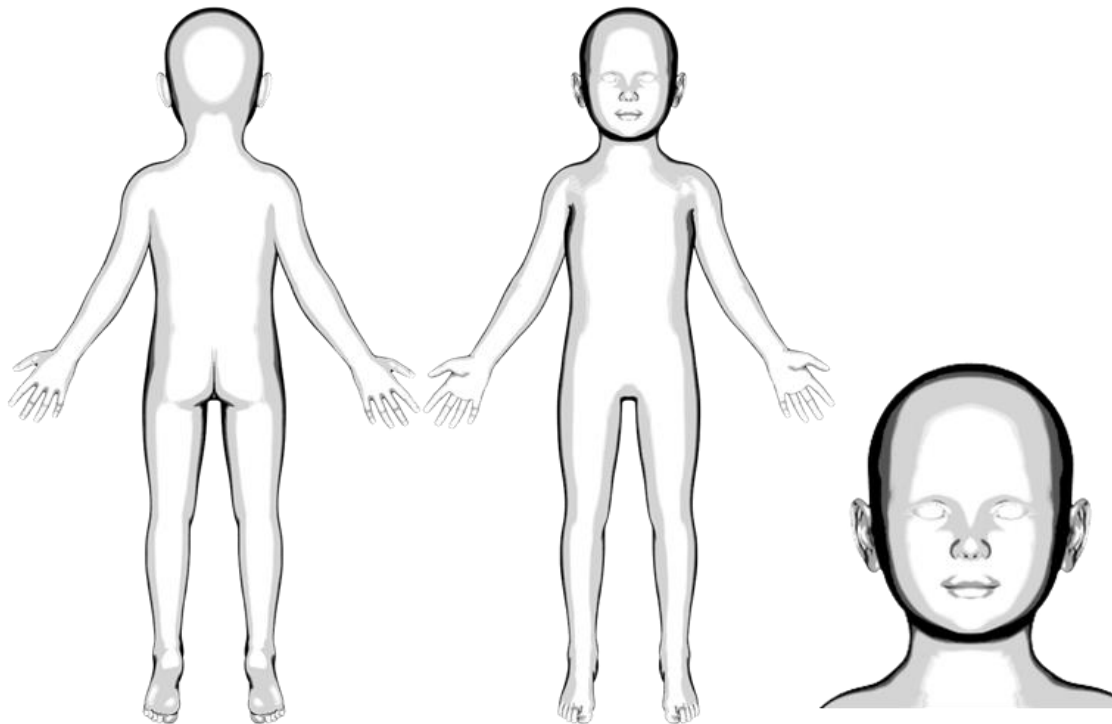
Zutreffendes bitte ankreuzen:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਚਿਤ ਚੋਣ ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? ਕੀ ਇਸ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਲੱਛਣ ਹੈ?	Nein ਨਹੀਂ	Ja ਹਾਂ	Wenn ja: seit wann? ਜੇਕਰ ਹਾਂ: ਕਦੋਂ ਤੋਂ?
Fieber ਬੁਖਾਰ			
Durchfall ਦਸਤ			
Erbrechen ਉਲਟੀ			
Husten ਖੰਘ			
Blutiger Auswurf ਖੂਨ ਵਾਲੀ ਬਲਗਮ			
Hautausschlag ਤਵੱਚਾ ਤੇ ਧੱਫੜ			
Juckreiz ਖੁਜਲੀ			
Gewichtsverlust ਵਜ਼ਨ ਘੱਟ ਹੋਣਾ			
Nachtschweiß ਰਾਤ ਨੂੰ ਪਸੀਨਾ ਆਉਣਾ			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਦਰਦ ਹੈ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੋਈ ਹੈ?	Nein ਨਹੀਂ	Ja ਹਾਂ	Wenn ja: seit wann? ਜੇਕਰ ਹਾਂ: ਕਦੋਂ ਤੋਂ?

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

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਪੇਂਜੀਸ਼ਨ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੈ ਜਾਂ ਸੱਟ ਲੱਗੀ ਹੋਈ ਹੈ:



Nehmen Sie derzeit Medikamente? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? ਜੇਕਰ ਹਾਂ: ਕਿਹੜੀ ਬੀਮਾਰੀ ਲਈ?	Welches Medikament? ਕਿਹੜੀ ਬੀਮਾਰੀ?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ (ਡਾਇਬਿਟੀਜ਼)		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> ਦਮਾ ਜਾਂ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀ ਹੋਰ ਬੀਮਾਰੀ		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ਉੱਚ ਰਕਤਦਾਬ, ਦਿਲ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> ਮਿਰਗੀ ਜਾਂ ਨਿਊਰੋਲੋਜੀਕਲ ਵਿਗਾੜ		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ਗੁਰਦੇ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> ਰਸੋਲੀ		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> ਹੋਰ:		

Haben Sie Impfungen erhalten? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਟੀਕੇ ਲਗਵਾਏ ਹਨ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ਹਾਂ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> ਪਤਾ ਨਹੀਂ
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? ਜੇਕਰ ਹਾਂ: ਕਿਹੜੀ ਬੀਮਾਰੀ ਲਈ?	Wie oft und wann zuletzt? ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਕਦੋਂ ਲਗਵਾਇਆ ਸੀ?		

<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> ਖਸਰਾ	
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> ਕਨੇਡੂ	
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> ਰੂਬੇਲਾ (ਜਰਮਨ ਖਸਰਾ)	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> ਪੋਲੀਓ (ਬਚਪਨ ਤੋਂ ਲਕਵਾ)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> ਡਿਪਥੀਰੀਆ (ਗਲ-ਘੋਟੂ ਰੋਗ)	
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> ਟੈਟਨਸ	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> ਮੈਨਿੰਗੋਕੋਕਲ ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> ਹੋਰ:	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਜਵਾਨ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ:	Ja ਹਾਂ	Wenn ja: welche und seit wann? ਜੇਕਰ ਹਾਂ: ਕਿਹੜਾ ਅਤੇ ਕਦੋਂ ਤੋਂ?	Nein ਨਹੀਂ
Liegen Entwicklungsstörungen vor? ਕੀ ਵਿਕਾਸ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਗਾੜ ਹਨ?			

Bei Frauen: ਔਰਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ:	Ja ਹਾਂ	Wenn ja: seit wann? ਜੇਕਰ ਹਾਂ: ਕਦੋਂ ਤੋਂ?	Nein ਨਹੀਂ
Sind Sie schwanger? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ?			

Datum
ਤਾਰੀਖ

Name und Unterschrift
ਨਾਮ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ
(der ausfüllenden Person)
(ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ)