

Anlage 1

ضمیمه 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

یادآوری شخصی – سوالنامه شخصی

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

این سوالنامه باید برای هر یک از پناه جو قبل از معاینه طبی خانه پری شود

	Name نام
	Geburtsdatum تاریخ تولد
	Herkunftsland سرزمین مادری
	AIS-Registrierungsnummer AIS – شماره ثبت نام

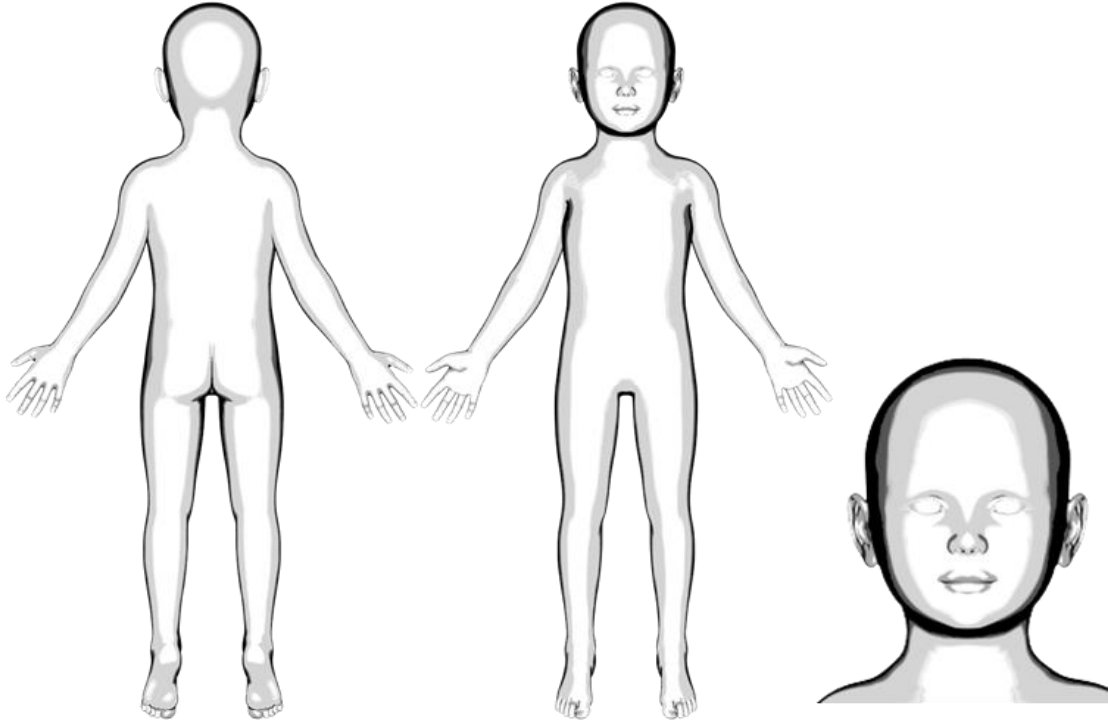
Zutreffendes bitte ankreuzen:

لطفاً بالای انتخاب مناسب علامت ✓ تیک را بگذارید:

Wenn ja: seit wann? اگر جواب تان بلی است: از چی مدت؟	Ja بلی	Nein نخیر	Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? آیا فعلاً شما یک از علایم ذیل را دارید؟
			Fieber تب
			Durchfall اسهال
			Erbrechen استفراغ
			Husten سرفه
			Blutiger Auswurf خلط خونی
			Hautausschlag خارش جلدی
			Juckreiz خارش
			Gewichtsverlust کاهش وزن
			Nachtschweiß عرق شبانه
Wenn ja: seit wann? اگر جواب تان بلی است: از چی مدت؟	Ja بلی	Nein نخیر	Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? آیا شما درد یا جراحت دارید؟

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

لطفاً مقامات را که شما جراحت یا درد دارید، نشانی کنید:



<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> نخبیر	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> بلی	Nehmen Sie derzeit Medikamente? آیا فعلاً شما تداوی میکنید؟
Welches Medikament? کدام مرض؟		Wenn ja: gegen welche Erkrankung? اگر جواب تان بلی است: تداوی کدام مرض؟
		<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> مرض شکر
		<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> نفس تنگی یا امراض دیگر شش ها
		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> فشار خون، امراض قلبی
		<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> صرع یا دیگر اختلال عصبی
		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> امراض گرده
		<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> تومور
		<input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> دیگر:

<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> نمیدانم	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> نخبیر	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> بلی	Haben Sie Impfungen erhalten? آیا شما گاهی واکسین کردید؟
---	---	---	--

Wie oft und wann zuletzt? چند بار و آخرین بار چی وقت؟	Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? اگر جواب تان بلی است: در مقابل کدام مرض؟
	<input type="checkbox"/> Masern سرخکان
	<input type="checkbox"/> Mumps اوریون
	<input type="checkbox"/> Röteln سرخچه
	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) پولیو
	<input type="checkbox"/> Diphtherie خناک
	<input type="checkbox"/> Tetanus تیتانوس
	<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY مننژیت ACWY
	<input type="checkbox"/> sonstig دیگر:

Nein نخیر	Wenn ja: welche und seit wann? اگر جواب تان بلی است: کدام و از چی مدت؟	Ja بلی	Bei Säuglingen und Kleinkindern: در صورت نوزادان و اطفال دیگر:
			Liegen Entwicklungsstörungen vor? آیا کدام اختلال رشد واقع است؟

Nein نخیر	Wenn ja: seit wann? اگر جواب تان بلی است: از چی مدت؟	Ja بلی	Bei Frauen: در صورت خانم ها
			Sind Sie schwanger? آیا شما حامله هستید؟

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)اسم و امضاء
(شخصی که فورمه را تکمیل کرده است)

تاریخ