

Anlage 1

ཟུར་བཞོན། 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

མི་སྐོར་གྱི་ནད་ཐོ།

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

གཞོན་འབྲོལ་ལ་རེ་ལྷ་བྱེད་མཁམ་གྱི་ནད་ལ་བརྟུན་དཔུང་མ་བྱས་ཐོན་རེའུ་མིག་འདི་ངེས་པར་དུ་འབྲི་དགོས།

Name རྩས་མིང།	
Geburtsdatum སྐྱེས་དུས།	
Herkunftsland སྐྱེས་ཡུལ།	
AIS-Registrierungsnummer གཞོན་འབྲོལ་སྐོན་ལྷན་ལུ་མ་ལག་གི་ཐོ་འགོད་ཨང་། (AIS)	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

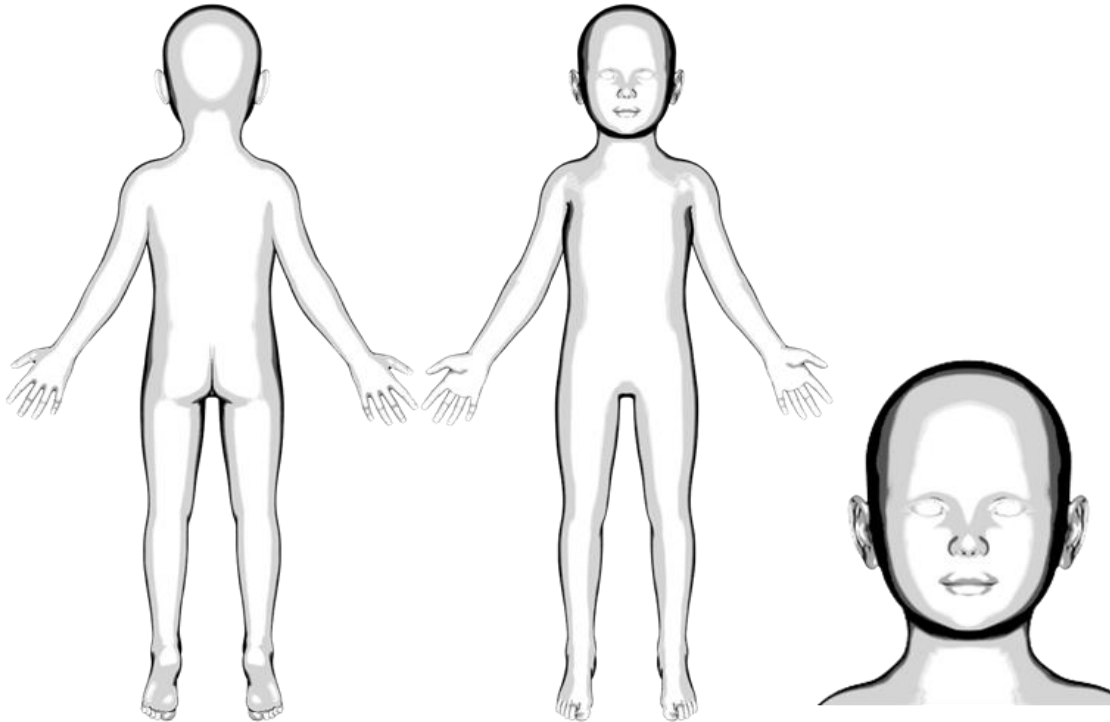
འགྲིག་ཡོད་པ་ལ་རྟགས་རྒྱུ་བ།

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? ད་བར་ཁྱོད་ཉིད་འོག་གི་ནད་རྟགས་ཡོད་དམ།	Nein མེད།	Ja རེད།	Wenn ja: seit wann? གལ་ཏེ་ཡིན་ཚེ་དུས་ཚིང་ནམ་ནས་འགོ་བརྒྱམས།
Fieber ཚ་བ་རྒྱས་པ།			
Durchfall བཤམ་པ།			
Erbrechen སྐྱུག་པ།			
Husten སྐྱོ་ལུ་བ།			
Blutiger Auswurf འག་སྐྱུག་པ།			
Hautausschlag བགས་འབྱུང་།			
Juckreiz ཟླ་སྐྱུག་ལངས་པ།			
Gewichtsverlust ལུས་པོའི་སྒྲིང་ཚད་ཇི་ཡང་དུ་མོང་བ།			
Nachtschweiß མཚན་མོ་རྩལ་རྒྱ་བལྟར་བ།			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? ཁྱོད་ཉིད་ན་རྒྱག་ལངས་པའི་ནད་རྟགས་སམ་མས་སྐྱོན་ཡོད་དམ།	Nein མེད།	Ja རེད།	Wenn ja: seit wann? གལ་ཏེ་ཡིན་ཚེ་དུས་ཚིང་ནམ་ནས་འགོ་བརྒྱམས།

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

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

ཁྱོད་རང་ན་བའི་གནས་དང་ཆས་སྐྱོན་གྱི་གནས་གང་ཡིན་པ་རྟགས་སྟོན།



Nehmen Sie derzeit Medikamente? ཁྱོད་ཉིད་ད་བར་སྐྱེན་འཐུང་གིན་ཡོད་དམ།	<input type="checkbox"/> Ja རྟེན།	<input type="checkbox"/> Nein མེད།
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? གལ་ཏེ་ཡོད་ན་ནད་རྟགས་གང་དག་ལ་སྦྱོང་བཞིན་ཡོད།	Welches Medikament? སྐྱེན་གང་དག་ཡོད།	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) གཅིན་པ་མངར་འཐུར་གྱི་ནད།		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung དབུགས་འཚོང་བ་དང་ཡང་ན་སྐྱོ་བའི་ནད།		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung ལྷག་ཚད་མཐོ་བའམ་སྦྱིང་ནད།		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung བརྒྱལ་གཟེར་ཡང་ན་དབང་ཚུལ་ནད་རིགས།		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung མཁལ་མའི་ནད།		
<input type="checkbox"/> Tumor སྐྱེན་ནད།		
<input type="checkbox"/> sonstige: གཞན་དག		

Haben Sie Impfungen erhalten? རིམས་འགོག་གི་སྐྱེན་ལབ་རྒྱབ་ཡོད་དམ།	<input type="checkbox"/> Ja རྟེན།	<input type="checkbox"/> Nein མེད།	<input type="checkbox"/> Weiß nicht མི་ཤེས།
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? གལ་ཏེ་ཡོད་ན་ནད་རིགས་གང་དག་ལ་རྒྱབ་སྦྱོང་།	Wie oft und wann zuletzt? དུས་ནམ་ཞིག་གམ་ཡང་ན་ཉེ་སྔོན་རྒྱབ་སྦྱོང་བའི་དུས་ཚོད།		
<input type="checkbox"/> Masern སྐྱིབ་ནད།			

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antistigiert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

<input type="checkbox"/> Mumps འགྲམ་མེན་གཉན་ཚད།	
<input type="checkbox"/> Röteln ཟླ་འབྲུམ།	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) ཕྱིས་པའི་ལྷོད་ནད།	
<input type="checkbox"/> Diphtherie མགྲིན་ནད།	
<input type="checkbox"/> Tetanus མ་ངན་དུག་མཚེད།	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY ལྷན་རྒྱུ་གཉན་ཚད་འབྲུ་བ། ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: གཞན་དག།	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: སྤུ་གུའི་ནད་ཀྱི་ཕྱོགས།	Ja རྟེན།	Wenn ja: welche und seit wann? གཤམ་ཉེ་ཡིན་ན་དེ་དག་གང་དག་དང་དུས་ཚོད་ནམ་ཞིག་ནས་འགོ་བརྩམས།	Nein མེད།
Liegen Entwicklungsstörungen vor? འཚར་ལོངས་ཁྲོད་ལོགས་ཆ་ཡོད་དམ།			

Bei Frauen: བུད་མེད་ཀྱི་ཕྱོགས།	Ja རྟེན།	Wenn ja: seit wann? གཤམ་ཉེ་ཡིན་ཆེ་དུས་ཚོད་ནམ་ནས་འགོ་བརྩམས།	Nein མེད།
Sind Sie schwanger? མངལ་ཆགས་ཡོད་དམ།			

Datum

ཟླ་ཚེས།

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)

བུས་མིང་དང་མིང་རྟགས་འགོད་པ།
(རིུ་མིག་འབྲི་མཐུན།)