

Anlage 1
ተወሳኺ ጥብቆ 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

ውልቃዊ መዘካከሪ – ሕቶታት መዘካከሪ

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung
 ቅድሚያ መርመራ ሕክምና ብናስወከፍ ዕቅድ ለሕታቲ ዝምላእ

Name ስም	
Geburtsdatum ዕለት ልደት	
Herkunftsland መባቆል ሃገር	
AIS-Registrierungsnummer AIS-ቅጽሪ ምዝገባ	

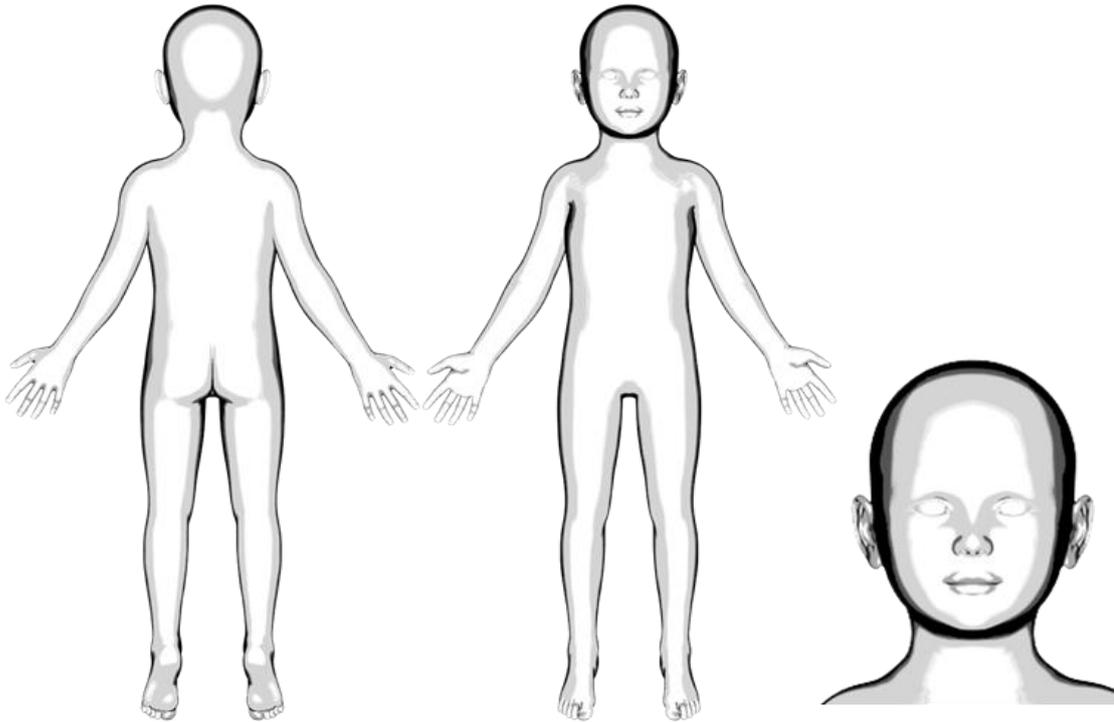
Zutreffendes bitte ankreuzen:

ነቲ ግቡእ ነትን ዘለዎ ምርጫ ብኸብረት ካምልክት ግብረሉ።

Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? አብ ዚህ ጊዜ እንደዘለዎ ዝሰዕቡ ምልክታት ሕማም ኣለውኻ ዶ?	Nein አይኣል	Ja እወ	Wenn ja: seit wann? እወ ተኮይኑ መልሰካ፣ ካብ መዓስ ንነጀው?
Fieber ረስኒ			
Durchfall ውጽዓት			
Erbrechen ተምላስ			
Husten ሳኣል			
Blutiger Auswurf ደም ዘለዎ ኣኽታ			
Hautausschlag ፍሮማይ (ጸገም) ቆርብት			
Juckreiz ምኽካክ			
Gewichtsverlust ምእባር			
Nachtschweiß ለይቲ ለይቲ ረሓጽ ምሕላው			
Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? ዝኮነታን ዝወይድ ማቆስ ለኣለኻ ዶ?	Nein አይኣል	Ja እወ	Wenn ja: seit wann? እወ ተኮይኑ መልሰካ፣ ካብ መዓስ ንነጀው?

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde amtsigniert. 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:
ቃንዛወይድማቁስሊዘለውከባታታትብክብረትካምልክትግበረሎም፤



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

Nehmen Sie derzeit Medikamente? አብዚሕጁእዋንፈውሲትወስድአሎኽ ዶ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> እወ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> አይፋል
Wenn ja: gegen welche Erkrankung? መልስካእውተኮይኑ፤ ነየናይሕማም?	Welches Medikament? ነየናይሕማም?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> ሸኮሪያ		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> አዝማወይድማካልዕሕማምሳምቡእ		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ደም ብዝሒ፣ ሕማም ልቢ		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung <input type="checkbox"/> ኤፕሊፕሲወይድማካልዕናይነርቭሕማም		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ሕማም ኩሊት		
<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> ቲዩመር		
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> ካልዖት፤		

Haben Sie Impfungen erhalten? ካብዚቅድምክታብትወሲድካ ዶ ትፈልጥ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> እወ	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> አይፋል	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> አይፈልጥ?
Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? መልስካእውተኮይኑ፤ ነየናይሕማም?	Wie oft und wann zuletzt? ንክንደይግዜንናይመወዳእታክታብትመዓሰኔ?		

<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> ንፊዮ	
<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> ጽጌዕ	
<input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> ሩቤላ	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) <input type="checkbox"/> ፖሊዮ (ስንክልና ኑብሲ)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> ዲፍቴሪያ	
<input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> ቲታኒስ	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY <input type="checkbox"/> ሜኔንጂታይትስ ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/> ካልጾት፥	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: ንእሸላት ቆልዑንን ሕጻውን ቲን፥	Ja እወ	Wenn ja: welche und seit wann? መልስ ካለው ተካይት፥ አየናይ ንካብ መዓስ ጀመሩ?	Nein አይፋል
Liegen Entwicklungsstörungen vor? ጸገም አተዓባብያ ኑብሲ አሎዶ?			

Bei Frauen: ንደቆ አንስትዮ፥	Ja እወ	Wenn ja: seit wann? መልስ ካለው ተካይት፥ ካብ መዓስ ጀመሩ?	Nein አይፋል
Sind Sie schwanger? ጥንስቲ ዲኺ?			

Datum
ዕለት

Name und Unterschrift
ስምን ክታምን
(der ausfüllenden Person)
(ነዚ ቅጥዒ ዝመልእ ሰብ)

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