

**Anlage 1**  
**Версии 1**

## Selbstanamnese – Anamnesebogen

### Самоанамнез – хаттар дара кехат анамнези

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

Ч1ог1а оьшу яздан лобрийн хьажам бечу хенахъ массарна а, йобьхуш долу адамиин 1ан меттиг

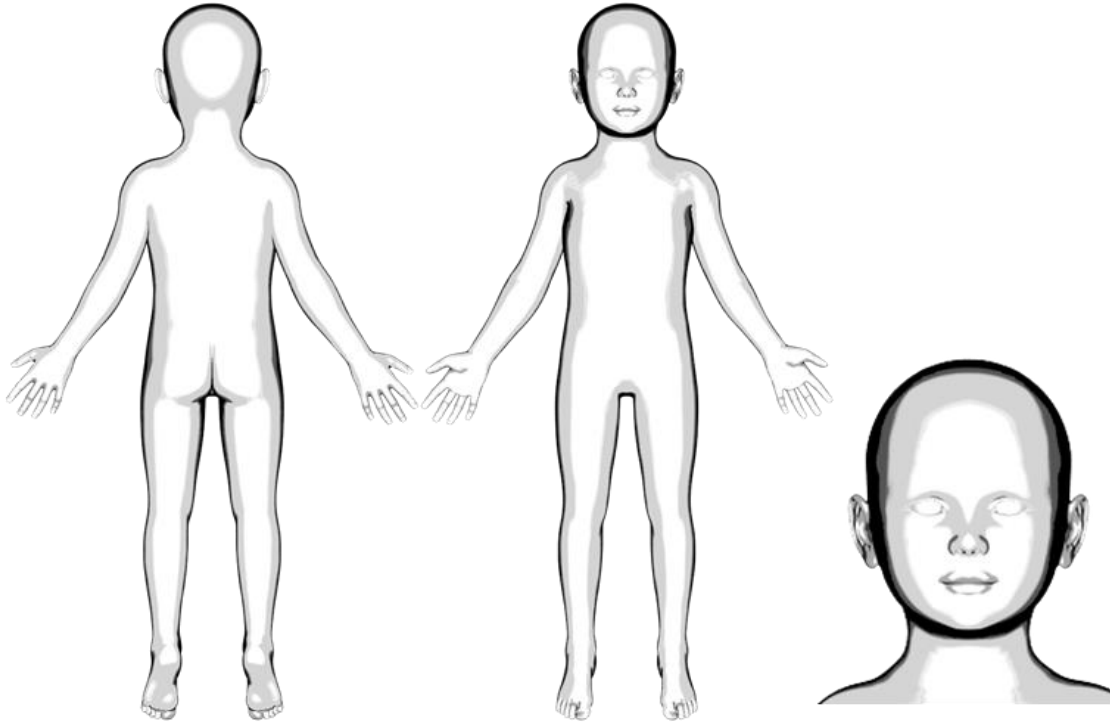
<b>Name</b> Ф Ц1е Дец1и	
<b>Geburtsdatum</b> Йина хан	
<b>Herkunftsland</b> Муьльхачу махкахъа	
<b>AIS-Registrierungsnummer</b> Регистрационни номер AIS	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Оьшург билгала дакха крест а х1отта деш:

<b>Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden?</b> Т1аьхьарчу хенахъ латькъам хилий шу муьльха а т1аьхъа яздина чарех?	<b>Nein</b> Х1а х1а а	<b>Ja</b> Х1а а	<b>Wenn ja: seit wann?</b> Хиллехъ муьльхачу хенара схъа хилла?
Fieber Дагар			
Durchfall Чохъ лазар			
Erbrechen Дог керчора			
Husten Йовхарш			
Blutiger Auswurf Ц1ий кхийсар			
Hautausschlag Дег1ана т1аьхъа сурханаш ялар			
Juckreiz Къамдар			
Gewichtsverlust Воча валар			
Nachtschweiß Буйьсана дуьйлу хьацар			
<b>Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen?</b> Х1ума а лазий хъа цхъа а чов юй хьан дег1ана т1аьхъ?	<b>Nein</b> Яц	<b>Ja</b> Ю	<b>Wenn ja: seit wann?</b> Ялахъ муьльхачу хенара схъа ю?

**Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Schmerzen oder Verletzungen haben:**  
**Добху шоьга, билгала якхар меттиг, шайн мичхьара лаза чов мичахьа ю:**



<b>Nehmen Sie derzeit Medikamente?</b> Схьах1оьтинчу хенахь молханаш молий ахьа?	<input type="checkbox"/> Ja молла	<input type="checkbox"/> Nein ца мола
<b>Wenn ja: gegen welche Erkrankung?</b> Малахь муьльхачу цамгарна мола?	<b>Welches Medikament?</b> Муьльха молха?	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) сахарный диабет		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung астма а кхи дола цамгар, пехийн?		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung лакхара давлени ц1ийна, я дог лазара?		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung эпилепсии я кхи долу ненрвни цамгар		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung жимийна цамгар		
<input type="checkbox"/> Tumor ц1е ца йокху цамгар		
<input type="checkbox"/> sonstige: кхи долу цамгар:		

<b>Haben Sie Impfungen erhalten?</b> Вам делали прививки?	<input type="checkbox"/> Ja йина	<input type="checkbox"/> Nein ца йина	<input type="checkbox"/> Weiß nicht ца хаа
<b>Wenn ja: gegen welche Erkrankungen?</b> Йинехь муьльхачу цамгарна добххьалла йина?	<b>Wie oft und wann zuletzt?</b> Т1аьххьара маца йина, цу юкье мел хан йолара?		

<input type="checkbox"/> Masern корь	
<input type="checkbox"/> Mumps эпидемически паротит	
<input type="checkbox"/> Röteln ц1ийвалара	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) полиомиелит (берийн букъана- т1умийн аралич)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie дифтерии	
<input type="checkbox"/> Tetanus столбняк	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY менингококк ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: кхи д1а долу цамгар:	

<b>Bei Säuglingen und Kleinkindern:</b> Декхаш долу берана кегийчу берашна:	<b>Ja</b> X1a a	<b>Wenn ja: welche und seit wann?</b> Йинехь муьльха, муьльхачу хенахь?	<b>Nein</b> X1a x1a a
<b>Liegen Entwicklungsstörungen vor?</b> Галадалар дуй кхиарна?			

<b>Bei Frauen:</b> Зударшна:	<b>Ja</b> X1a a	<b>Wenn ja: seit wann?</b> Йинехь муьльхачу хенара?	<b>Nein</b> X1a x1a a
<b>Sind Sie schwanger?</b> Хьо доьзалхочох юй?			

**Datum**

**Терхьа**

**Name und Unterschrift**  
(der ausfüllenden Person)

**Ф Ц1 ДЕЦ1И куьг**  
(яра йоза яздина чуйнан)