

**Anlage 1**  
**ضمیمہ 1**

**Selbstanamnese – Anamnesebogen**

**ذاتی باز یاد – باز یاد سوالنامہ**

Auszufüllen für jedeasylwerbendePerson vor der ärztlichenUntersuchung  
طبی معائنہ سے قبل پناہ گاہ کے ہر ایک متلاشی کے لئے پر کیا جائے

<b>Name</b> نام	
<b>Geburtsdatum</b> تاریخ پیدائش	
<b>Herkunftsland</b> پیدائشی ملک	
<b>AIS-Registrierungsnummer</b> - رجسٹریشن نمبر AIS	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

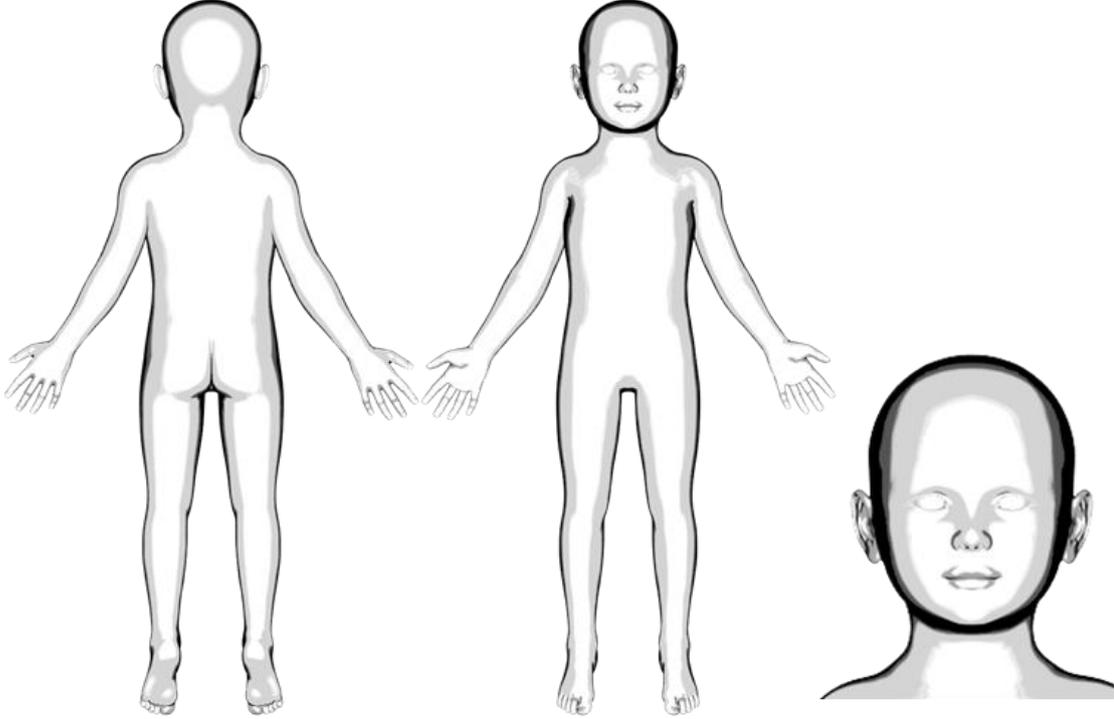
براہ کرم موزوں انتخاب کو نشان زد کریں:

<b>Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden?</b> کیا فی الحال آپ کے اندر مندرجہ ذیل علامتوں میں سے کوئی علامت پائی جاتی ہے؟	<b>Nein</b> نہیں	<b>Ja</b> ہاں	<b>Wenn ja: seit wann?</b> اگر ہاں: تو کب سے؟
Fieber بخار			
Durchfall اسہال			
Erbrechen قے			
Husten کھانسی			
Blutiger Auswurf خونی بلغم			
Hautausschlag جلد پر لال دانے			
Juckreiz خارش			
Gewichtsverlust وزن کم ہونا			
Nachtschweiß رات کو پسینہ آنا			
<b>Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen?</b> کیا آپ کو کسی قسم کا درد یا زخم ہے؟	<b>Nein</b> نہیں	<b>Ja</b> ہاں	<b>Wenn ja: seit wann?</b> اگر ہاں: تو کب سے؟

--	--	--	--

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

براہ کرم ان مقامات کو نشان زد کریں جہاں آپ کو درد یا زخم ہیں:



<b>Nehmen Sie derzeit Medikamente?</b> کیا آپ فی الحال دوا لے رہے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Ja ہاں	<input type="checkbox"/> Nein نہیں
<b>Wenn ja: gegen welche Erkrankung?</b> اگر ہاں: تو کس بیماری کے لئے؟	<b>Welches Medikament?</b> کون سی بیماری؟	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) ذیابیطس		
<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung دمہ یا پھیپھڑے کی کوئی دوسری بیماری		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری		
<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung مرگی یا دیگر نیورولوجیکل بیماری		
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung گردوں کی بیماری		
<input type="checkbox"/> Tumor ٹیومر		
<input type="checkbox"/> sonstige: دیگر:		

<b>Haben Sie Impfungen erhalten?</b> کیا آپ نے کبھی کوئی ٹیکہ (ویکسینیشن) لگوا یا تھا؟	<input type="checkbox"/> Ja ہاں	<input type="checkbox"/> Nein نہیں	<input type="checkbox"/> Weiß nicht معلوم نہیں
---	------------------------------------	---------------------------------------	---

Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? اگر ہاں: تو کس مرض کے لئے؟	Wie oft und wann zuletzt? کتنی مرتبہ اور آخری بار کب؟
<input type="checkbox"/> Masern خسرہ	
<input type="checkbox"/> Mumps گلسوئے	
<input type="checkbox"/> Röteln جرمن خسرہ	
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) پولیو (بچوں کا فالج)	
<input type="checkbox"/> Diphtherie خناق	
<input type="checkbox"/> Tetanus تشنج	
<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY مینگوکوکول ACWY	
<input type="checkbox"/> sonstige: دیگر:	

Bei Säuglingen und Kleinkindern: دودھ پیتے اور چھوٹے بچوں کے معاملہ میں:	Ja ہاں	Wenn ja: welche und seit wann? اگر ہاں: تو کون سی اور کب سے؟	Nein نہیں
Liegen Entwicklungsstörungen vor? کیا ارتقائی بیماریاں ہیں؟			

Bei Frauen: خواتین کے معاملہ میں:	Ja ہاں	Wenn ja: seit wann? اگر ہاں: تو کب سے؟	Nein نہیں
Sind Sie schwanger? کیا آپ حاملہ ہیں؟			

Datum

تاریخ

Name und Unterschrift

نام اور دستخط

(der ausfüllenden Person)

(فارم مکمل کرنے والے شخص کا)