

Anlage 1

ضمیمه 1

Selbstanamnese – Anamnesebogen

شخصی یادونه – شخصی پوښتنلیک

Auszufüllen für jede asylwerbende Person vor der ärztlichen Untersuchung

دا پوښتنلیک باید د هر یوه پناه غوښتونکي لخوا ډک شي

	Name نوم
	Geburtsdatum د زیږیدني نیټه
	Herkunftsland مورنی هیواد
	AIS-Registrierungsnummer AIS-ثبت نام شمیره

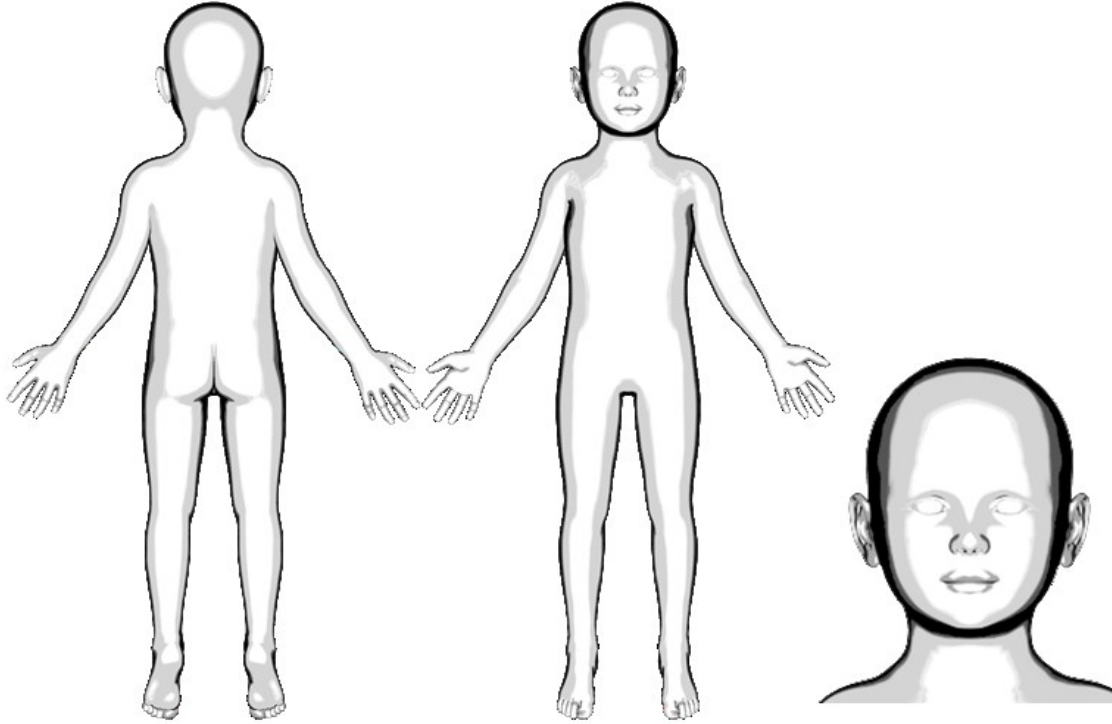
Zutreffendes bitte ankreuzen:

مهرباني وکړئ په مناسبو ځوابونو باندې د ټک ✓ له علامي نه کار واخلي:

Wenn ja: seit wann? که هو: له څه وخت نه؟	Ja نه	Nein هو	Haben Sie derzeit eine der folgenden Beschwerden? آیا تاسو اوس د کتنیو ناروغتیاو نه کوم علایم لری؟
			Fieber تبه
			Durchfall اسهال
			Erbrechen کانګي
			Husten توخی
			Blutiger Auswurf خونی بلغم
			Hautausschlag د پوستکي خاریت
			Juckreiz خاریت
			Gewichtsverlust د وزن کمیدل
			Nachtschweiß د شپې خولی
Wenn ja: seit wann? که هو: له څه وخت نه؟	Ja نه	Nein هو	Haben Sie Schmerzen oder Verletzungen? آیا تاسو درد یا زخم لری؟

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

مهربانی وکړی هغه ځایونه په نښه کړی چه تاسو درد یا زخم لری:



<input type="checkbox"/> Nein نه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja هو <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie derzeit Medikamente? آیا اوس تاسو تر تداوي لاندی یی؟
Welches Medikament? کومه ناروغي؟		Wenn ja: gegen welche Erkrankung? که هو: د کومی ناروغي تداوی؟
		<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) د شکر مرض
		<input type="checkbox"/> Asthma oder andere Lungenerkrankung سا بندی یا د سرو نور مرضونه
		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck, Herzerkrankung د وینی فشار، د زړه ناروغي
		<input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung صرع یا نور اعصابی مرضونه
		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung د بدوډو ناروغي
		<input type="checkbox"/> Tumor تومور
		<input type="checkbox"/> sonstige: نور:

<input type="checkbox"/> Weiß nicht نه پوهیږم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein نه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja هو <input type="checkbox"/>	Haben Sie Impfungen erhalten? آیا تاسو کله واکسین کړی دی؟
---	--	--	---

Wie oft und wann zuletzt? څو ځلې او آخری ځل کله؟	Wenn ja: gegen welche Erkrankungen? که هو: د کوم مرض لپاره
	<input type="checkbox"/> Masern شړی
	<input type="checkbox"/> Mumps اوربون
	<input type="checkbox"/> Röteln سر ه مخه
	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) پوليو
	<input type="checkbox"/> Diphtherie دیفترى
	<input type="checkbox"/> Tetanus تیتانوس
	<input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY ACWY مننژیت
	<input type="checkbox"/> sonstige: نور:

Nein نه	Wenn ja: welche und seit wann? که هو: کله او له څه وخت نه؟	Ja هو	Bei Säuglingen und Kleinkindern: د نوى زيريدلي ماشوم او نورو ماشومانو په صورت کی
			Liegen Entwicklungsstörungen vor? آيا د ودی بی نظمه کیدل واقع شوی دی؟

Nein نه	Wenn ja: seit wann? که هو: له څه وخت نه؟	Ja هو	Bei Frauen: د بڼخو په صورت کی
			Sind Sie schwanger? آيا تاسو امیدواره یی؟

Datum

Name und Unterschrift
(der ausfüllenden Person)نوماو لاس لیک
(هغه چا چی دا فورمه یی بشپړه کړی ده)

نیته