

*Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt, zur besseren und reibungsloseren medizinischen Versorgung ausländischer Patienten haben wir dieses einfache Gesundheitsheft entwickelt.*

## Hintergrund

In den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland durchlaufen Asylbewerber im Rahmen des Asylverfahrens mehrere Stationen an verschiedenen Orten und konsultieren dabei ggf. verschiedene Ärzte. Durch Probleme in der Übermittlung von Befunden wird eine kontinuierliche Behandlung von Erkrankungen dabei oft erschwert. Dies führt in vielen Fällen nicht nur zu Verzögerungen in der Diagnostik und Behandlung, sondern verursacht durch mehrfach durchgeführte diagnostische Maßnahmen auch unnötige Kosten.

Um diesem Problem zu begegnen, soll dieses Heft *beim Patienten verbleiben* und möglichst alle relevanten gesundheitsbezogenen Informationen enthalten. Damit soll sichergestellt werden, dass auch nach einem Ortswechsel die bisherige Krankengeschichte nachvollziehbar ist.

## Zu diesem Heft

Nach einem *Informationstext für Patienten*, in dem das deutsche Gesundheitssystem erklärt wird, enthält dieses Heft zwei *zweisprachige Anamnesebögen*. Der eine soll Ihnen bei der Erhebung der allgemeinen Krankengeschichte und der Erfassung von Vorerkrankungen helfen, der andere erfasst die aktuell akuten Beschwerden.

Eine *Terminliste* soll einerseits analog zu Bestellkärtchen den Patienten helfen, vereinbarte Termine im Blick zu behalten, andererseits aber auch weiterbehandelnden Ärzten einen Überblick ermöglichen, zu welchen Kollegen und Fachrichtungen ihr Patient bereits Kontakt hatte.

Damit Redundanzen in Diagnostik und Therapie vermieden werden, möchten wir

Sie außerdem bitten, alle von Ihnen erhobenen Befunde, eingeleiteten oder durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, sowie Ihre Kontaktadresse für eventuelle Rückfragen weiterbehandelnder Ärzte dem Heft beizufügen. Dafür können Sie entweder eine Kopie oder einen *Ausdruck Ihrer Patientenakte* mit abheften, oder aber das beigefügte Formular für einen *Kurzarztbrief* nutzen.

Sollten Sie einzelne Komponenten dieses Heftes nutzen wollen, können Sie den gewünschten Teil (oder das ganze Heft) unter folgendem Link kostenfrei downloaden:

[www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft](http://www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft)

Nachfolgend finden Sie zudem weitere Links, auf denen weiterführende Informationen zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylbewerbern bereit gestellt sind.

## Weitere Ressourcen

Zweisprachige *Aufklärungsbögen für Impfungen* finden sich auf der Internetseite des Robert-Koch-Institutes:

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien\\_fremdsprachig\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html)

Im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34 findet sich ab Seite 329 der *Nachhol-Impfkalender*, der das Impfschema für bislang ungeimpfte Flüchtlinge nach Alter gestaffelt darstellt:

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/34\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/34_13.pdf?__blob=publicationFile)

Bei *Sprachproblemen* bietet die "Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt" telefonische Dolmetscherdienste an. Die Hotline, von der aus Sie an einen Dolmetscher weiterverbunden werden, erreichen Sie unter folgender Nummer: **0345/213 893 99**.

Weiteres mehrsprachiges Infomaterial unter: <http://medinetz-halle.de/materialien>



# اطلاعات در باره سیستم بهداشت آلمان و در باره این دفترچه

## 1. این کتابچه صحتی

این کتابچه به شما کمک میکند که با سیستم صحتی آلمان آشنا شوید و مطمئن شوید که دکترتان از تشخیص های قبلی شما اطلاع دارد.

این کتابچه شامل بخش های مختلف میشود. این بخش اول معلومات مفید درباره سیستم صحتی آلمان را شامل میشود و برای شما توضیح میدهد که در هنگام مریضی چگونه میتوانید کمک دریافت کنید. بر علاوه شامل معلومات درباره نحوه کار با این کتابچه را برای دکتر شما نیز میشود.

بخش دوم مربوط به تاریخچه بیماری شما می شود، که شما می توانید آن را پیش ازین که پیش دکتر (پزشک) برای معاینه بروید، خانه پری (پر) کنید تا تفاهم شما با دکتر معالج شما آسان تر شود: در صفحه اولی شما می توانید که بیماری قبلی و تاریخچه بیماری تان را درج کنید. در صفحه دوم شما می توانید که بیماری فعلی تان را تشریح کنید.

گذشته از آن در این دفترچه برای دکتر معالج شما امکان آن موجودست که معالجه شما را ثبت کند. شما لطفاً هر بار که پیش دکتر می آید، این دفترچه را با خود بیاورید. به این وسیله دکتر شما می تواند که زود تر یک تصویر کلی از روند معالجه شما حاصل کند.

این دفترچه صرف متعلق به شما است. دفترچه کدام رابطه با جریان پناهندگی شما ندارد و صرف برای مواظبت صحتی (بهداشتی) در نظر گرفته شده است. شما خود تصمیم می گیرید که دفترچه را به کدام شخص ارائه کنید. هیچ کس اجازه ندارد که بدون موافقه شما اطلاعات شخصی شما را که در این دفتر ثبت است ببیند.

## 2. حقوق مریض

در آلمان تمام افراد حق دریافت معالجه طبی را دارند.

استفاده از خدمات طبی کدام تاثیر منفی بر پروسه پناهنده گی شما ندارد. دکتر معالج شما متعهد به رازداری است. این به این معنی است، که وی اطلاعات دست داشته اش را در مورد شما صرف زمانی به کس دیگر می دهد که شما اجازه آن را بدهید و این تعهد رازداری وی ادارات دولتی را نیز مشمول است.

همه افراد در انتخاب دکتر شان آزاد هستند. اگر از دکترتان راضی نیستید میتوانید به یک دکتر دیگر مراجعه نمایید. تا زمان که در پروسه پناهنده گی قرار دارید، اداره خدمات اجتماعی (*Sozialamt*) مسئول پرداخت مصرف معالجه شما است. برای این منظور باید یک تصدیق معالجوی را (*Behandlungsschein*) از اداره خدمات اجتماعی درخواست نمایید. ورق (برگه) معاینه از اداره خدمات اجتماعی، مخارج معالجه ضروری صحتی شما را برای دکتر معالج تضمین می کند.

اگر اداره امور اجتماعی (سوسیال) پرداخت مخارج معالجه شما را رد کند، شما می توانید که همراه با دکتر معالج تان بر ضد آن اعتراض کنید، تا به یک بازرسی تازه تضمین پرداخت برسید. شما پس از حد اکثر 15 ماه اقامت، به بیمه معمولی همگانی راه می یابید.

### 3. صحت در پروسه پناهنده گی

شما در طول پروسه پناهنده گی از ایستگاه های مختلف عبور خواهید نمود

#### 3.1 معاینه پذیرش اولیه

پس از ورود به آلمان پناهجویان در مراکز پذیرش مرکزی اسکان داده میشوند. در آن جا ثبت نام شده و میتوانید درخواست پناهنده گی دهید.

همه پناهجویان باید در راستای ثبت نام تحت معاینه طبی قرار بگیرند. این معاینه به تشخیص به موقع امراض ساری کمک مینماید و معمولاً شامل معاینه بدنی و ایکسری از شش ها میشود. برعلاوه در راستای معاینه به شما پیشنهاد میشود که واکسین شوید. لطفاً تمام معلومات مهم درباره وضعیت صحت خود را در اختیار دکتر قرار دهید! او میتواند به شما کمک کند در هنگام مریضی معالجه مناسب را دریافت نماید. اگر کارت واکسیناسیون یا مدارک دیگر درباره صحت خود دارید، لطفاً آن را با خود همراه داشته باشید.

#### 3.2 توصیه های عملی

پس از مدت به اقامت گاه عمومی منتقل میشوید. در این اقامت گاه های عمومی مددکاران اجتماعی (*Sozialarbeiter*) مشغول کار هستند که به سوالات شما درباره زنده گی در آلمان پاسخ میدهند.

#### معالجات غیرعاجل

وقتی قصد مراجعه به دکتر را داشته باشید نیاز به ورق معالجه (*Behandlungsschein*) خواهید داشت. در صورت که دندان دردی داشته باشید نیاز به ورق معالجه مخصوص دندان دارید. هر دو نوع اوراق را از اداره خدمات اجتماعی دریافت مینمایید. از مددکار اجتماعی پرسید که اداره خدمات اجتماعی مسوول شما که میتواند ورق معالجه را از آن دریافت نماید کجا قرار دارد. برای مسوولین اداره خدمات اجتماعی تمام مشکلات فعلی خود را به خوبی شرح دهید. اگر درد دارید باید آن را به وضاحت اعلام نمایید.

با ورق معالجه میتوانید به دکتر عمومی مراجعه نمایید. اگر قصد مراجعه به دکتران دیگر را دارید نیاز به دریافت ورق ارجاع (*Überweisungsschein*) از دکتر عمومی برای مراجعه به دکتر متخصص را دارید. برای مراجعه به دکتر متخصص معمولاً نیاز به وقت قبلی دارید. اوقات انتظار برای وقت قبلی میتوانند تا چند هفته به طول بیانجامند. باید بر سر این قرارها به موقع حاضر شوید زیرا دکتر این زمان را برای شما اختصاص داده است. اگر نمیتوانید به زبان آلمانی صحبت نمایید، برای شما و دکتر تان بهتر است که یک مترجم همراه خود داشته باشید.

اگر نیاز به دوا داشته باشید، دکتر برای شما نسخه (*Rezept*) تهیه مینماید. دو نوع از نسخه وجود دارد که رنگ های متفاوت دارند (سرخ و سبز). با این نسخه ها میتوانید از دواخانه ادویه دریافت نمایید. ادویه روی نسخه سرخ رنگ برای شما رایگان هستند، برای ادویه موجود در نسخه سبز باید پول پرداخت نمایید. ورق معالجه را از اداره خدمات اجتماعی با یک مدرک دریافت مینمایید که به دواخانه نشان میدهد. برای نسخه های سرخ نباید کدام مصرف پرداخت نمایید. در محافظت از این مدرک کوشش کنید و آن را به دواخانه ارایه دهید.

#### موارد عاجل

برای موارد عاجل نیاز به ورق معالجه ندارید و میتوانید مستقیماً به بخش عاجل (*Notaufnahme*) شفاخانه مراجعه نمایید. بخش عاجل به صورت شبانه روزی فعال است، حتی روزهای تعطیل. در موارد که خطر مرگ وجود دارد یا زمان که به دلیل مریضی قادر به مراجعه به بخش عاجل نیستید میتوانید با مرکز عاجل تماس بگیرید. شماره عاجل 112 میباشد. اگر نمیتوانید به زبان آلمانی صحبت نمایید، سعی کنید کسی را پیدا کنید که برای شما با مرکز عاجل تماس بگیرد. اگر کسی نیست که این کار را انجام دهد، نام و محل خود را به آرامی بیان نمایید (مثلاً نام سرک).

#### 3.3 پس از ختم روند بررسی تقاضای پناهنده گی شما

پس از پایان یافتن روند بررسی تقاضای پناهنده گی شما و یا پس از 15 ماه اقامت شما در آلمان، شما می توانید که خود را در یک بیمه صحت معمولی ثبت نام کنید. شما پس از آن یک کارت بیمه به دست می آورید و دیگر برای معاینه و معالجه تان به ورق تضمین سوسیال ضرورت ندارید. با ارائه این کارت شما می توانید برای معاینه به هر دکتر (دکتر متخصص نیز) مراجعه کنید.

#### 4. تماس

اگر در هنگام مریضی در دریافت معالجه مشکل دارید با مددکار اجتماعی اقامت گاه تان تماس بگیرید. به علاوه یک شمار مراجع مشاورتی و اتحادیه ها نیز هستند، که معاینه شما را مجانی می پذیرند:

کمک در دریافت معالجه طبی:

##### Medinetz Halle e. V.

Ludwigstraße 37

06110 Halle

تلفون: 0152/159 300 43

ساعت مراجعه: هر پنج شنبه ساعت 16 تا 18

##### Medinetz Magdeburg e. V.

Schellingstraße 3-4

39104 Magdeburg

تلفون: 0176/665 308 54

ساعت مراجعه: هر پنج شنبه ساعت 15 تا 17

مشوره و معالجه در مورد مشکلات روانی را از دریافت نمایید:

##### Psychosoziale Zentren für Migrantinnen und Migranten (PSZ)

##### PSZ Halle

Charlottenstraße 7

06108 Halle

تلفون: 0345/21 25 768

##### PSZ Magdeburg

Liebkechtstraße 55

39108 Magdeburg

تلفون: 0391/63 10 98 07

نماینده پناهجویان در ساکسن آنهالت:

##### Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e. V.

Schellingstraße 3-4

39104 Magdeburg

تلفون: 0391/53 71 281

کمک تلفونی برای مشکلات زبانی:

##### Hallesche Interkulturelle Initiative (HIKI)

تلفون: 0345/21 38 93 99

# Behandlungsschein

ورق معالجه

Name (Vor- Nachname)		Kassen-Nr.	
Fachbereich Soziales		123456789	12345
Nette, Vorname des Leistungsberechtigten nach AStbG, Anschrift			
Musterhahn, Max			
Robrienweg 26 , 06132 Halle (Saale)			
geb. am		01.01.1993	
AZ	Status		
4564.945672			
Vergabedatum	gültig von		gültig bis
	01.07.2015		30.09.2015

**Behandlungsschein Asyl**  
**Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle!**

Unfall/Unfallfolgen

Behandelnder Arzt in \_\_\_\_\_

Stadt Halle (Saale)  
 Fachbereich Soziales  
 Abl. Gesundheitsleistungen  
 Südpromenade 30  
 06106 Halle (Saale)

**Wichtige Hinweise**

Personen mit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: Gültig bis zum Beginn einer Krankenkassenmitgliedschaft oder bis zum Widerruf, längstens jedoch bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres. Nicht übertragbar. Die Identität des Patienten ist zu überprüfen!

- Für den neben genannten Asylbewerber werden gemäß § 4 AsylbLG die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände notwendigen Kosten vom Fachbereich Soziales übernommen. Dies gilt auch für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln.
- Für Heilmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körpersersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Sach- und Sonderleistungen ist durch den Leistungspfläner die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Absenke werden nur ersetzt, wenn sie vom Sozialhilfesäger angefordert wurden!
- Krankenhausaufweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, ebenfalls der Zustimmung des Kostenträgers. Dabei ist der nächst erreichbare Arzt und das nächstliegende Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit dgr. Behandlung ist vom Arzt schriftlich zu bestätigen. Ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung können nur die Kosten der Erstbehandlung übernommen werden.
- Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten nicht möglich!
- Wichtiger Hinweis für den Arzt:  
Für die Leistungen durch niedergelassene Ärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.
- Die Arztkostenrechnung ist nach Quartalsende an die Stadt Halle (Saale), Sozialamt, Südpromenade 30, 06128 Halle (Saale) zu übersenden. Selbstverständlich können die Dienstleistungen der Kassenzuständigen Vereitigung genutzt werden.
- Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzuständigen Notfalldienstes gültig.
- Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der ACK übernommen.

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

# Überweisungsschein

ورق ارجاع

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Überweisungsschein</b>		06
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belagterl. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	Geschlecht
Beauftragter Nr.	Arzt Nr.	Überweisung an	
Diagnose/Werdichtdiagnose	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mst-/Warterbehandlung		Auf bis
Befund/Medikation	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		
Auftrag	Verbindliches Muster		

Muster 6 (0.2015)

# Rotes Rezept

نسخه سرخ رنگ

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Rp. (Bitte Lesensweise beachten)</b>		Vertragsarztstempel
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	STB	Applikationsnummer (K)
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Umsatz	
Beauftragter Nr.	Vf gültig bis	Datum	
Rp. (Bitte Lesensweise beachten)		Vertragsarztstempel	
bbr		Abgabedatum	
Bei Anlaufzeitpunkt		in der Apotheke	
Umsatz	Umsatzbuch oder Arbeitsbuchnummer	6282899234	

Umschrift des Arztes  
 Muster: 19 (04/2004)

# Anamnesebogen 1

## سابقه طبي مريض/فورمه آنامنز ۱

Datum:

لطفا در صورت امکان فورمه را با حروف و ارقام آلمانی پر نمایید.

لطفاً جواب مناسب را علامت بزنید مانند این مثال

Name

اسم

Geburtsdatum

تاریخ تولد

Telefonnummer

شماره تلفن

Geschlecht

weiblich

مونث

männlich

مذکر

جنس

Familienstand

alleinstehend

مجرد

verheiratet

متاهل

حالت مدنی

verwitwet

بیوه

getrennt

مطلقه

Kinder

Nein

نخیر

Ja

بلی

طفل

Anzahl Kinder

تعداد اطفال

Herkunftsland

کشور اصلی

Beruf im Herkunftsland

شغل در کشور اصلی

## Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

از طرف اداره بهداشت تکمیل میشود

### Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

# Allgemeine Anamnese

# سوابق عمومی طبی

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

کدام امراض دیگر داشته یا دارید؟

## Herz

Herzinfarkt  
Herzschwäche  
Herzklappenfehler  
Andere:

## قلب

سکته قلبی  
ضعف قلبی  
مشکل دریچه قلب  
دیگر:

## Lunge

Asthma  
Andere:

## شش

آسما \ آسم  
دیگر:

## Magen

Magenentzündung  
Sodbrennen

## معده

التهاب معده  
سوزش معده \ سوزش سر دل

## Leber

Leberzirrhose  
Andere:

## جگر

سیروز جگر  
دیگر:

## Galle

Steinleiden  
Andere:

## کیسه صفرا

سنگ سازی  
دیگر:

## Darm

Krebs  
Hämorrhoiden  
Hernien  
Andere:

## روده

سرطان  
هموروئید \ بواسیر  
چره  
دیگر:

## Niere/Blase

Nierenschwäche  
Nierensteine  
Blasenentzündungen  
Andere:

## گرده/مثانه

ضعف گرده  
سنگ گرده  
التهاب مثانه  
دیگر:

## Frauen

Brustkrebs  
Gebärmutterkrebs

## خانم ها

سرطان سینه  
سرطان رحم



**Männer**

Prostatavergrößerung  
 Prostatakrebs

**آقایان**

بزرگ شدن پروستات  
 سرطان پروستات

**Skelett**

Arthrose  
 Rheuma  
 Wirbelsäulenschäden  
 Andere:

**اسکلت**

آرتروز  
 روماتیسم  
 آسیب های ستون فقرات  
 دیگر:

**Krebs**

Krebsleiden  
 Bestrahlung  
 Chemotherapie  
 Krebs-Operation

**سرطان**

سرطان  
 پرتو  
 معالجه کیمیاوی  
 جراحی سرطان

**Nerven/Hirn**

Epilepsie  
 Schlaganfall  
 Andere:

**اعصاب/مغز**

صرع  
 سکته مغزی  
 دیگر:

**Augen**

Glaukom  
 Katarakt

**چشم ها**

آب سیاه  
 آب مروارید

**Haut**

Psoriasis  
 Andere:

**جلد**

پسوریازیس  
 دیگر:

**Schilddrüse**

Überfunktion  
 Unterfunktion

**غده تیروئید**

پرکاری  
 کم کاری

**Andere**

Diabetes  
 Bluthochdruck  
 Muskelkrankheiten  
 Thrombose  
 Blutungsneigung  
 Andere:

**دیگر**

شکر  
 فشار خون بالا  
 امراض عضلانی  
 ترومبوز  
 تمایل به خون ریزی  
 دیگر:

## Welche Organe wurden operiert?

کدام یک از اندامهای ذیل عمل شده است؟

Lunge	<input type="checkbox"/>	شش
Herz	<input type="checkbox"/>	قلب
Brust	<input type="checkbox"/>	پستان
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	رحم
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	سزارین
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	کورتاژ
Schädel	<input type="checkbox"/>	جمجمه
Gelenke	<input type="checkbox"/>	مفاصل
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	شکستگی استخوان
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	ستون فقرات
Galle	<input type="checkbox"/>	کیسه صفرا
Leber	<input type="checkbox"/>	جگر
Magen	<input type="checkbox"/>	معدہ
Darm	<input type="checkbox"/>	روده
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	آپاندیکس
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	بواسیر / هموروئید
Blase	<input type="checkbox"/>	مثانه
Niere	<input type="checkbox"/>	گرده
Prostata	<input type="checkbox"/>	پروستات
Augen	<input type="checkbox"/>	چشم
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	تیروئید
Andere:		دیگر

## Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal festgestellt?

کدام یک از امراض عفونی ذیل در شما تشخیص داده شده است؟

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	سل
HIV	<input type="checkbox"/>	ایدس / HIV
Röteln	<input type="checkbox"/>	سرخچه
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	هپاتیت
Windpocken	<input type="checkbox"/>	آبله مرغان
Masern	<input type="checkbox"/>	سرخکان / سرخک

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

آیا حساسیت در شما تشخیص داده شده است؟

Medikamente:

داروها ۱ دواها:

Nahrungsmittel:

مواد غذایی:

Pollen:

گرده گل ها:

Andere:

دیگر:

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

آیا به طور مرتب دارو ۱ دوا مصرف مینمایید؟

Nein

نخیر

Ja

بلی

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

اگر بلی، چه داروهایی (در قسمت زیر یادداشت نمایید).

Anzahl abends مقدار در عصرها	Anzahl mittags مقدار در ظهرها	Anzahl frühs مقدار در صبح	Wirkstoffmenge میزان ماده مؤثر	Name des Medikamentes نام دوا

## Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

آیا هم اکنون از کدام دارو ۱ دوا دیگر مصرف مینمایید؟

Nein

نخیر

Ja

بلی

Wenn ja, welche?

اگر بلی کدام دواها؟

---

---



## Vorlagen:

**Anamnesebogen 2**

**Arzttermine**

**Kurzarztbrief**

سابقه طبی مریض / فورمه آنامنز ۲

قرارهای ملاقات با داکتر

نامه کوتاه داکتر



# Anamnesebogen 2

## سابقه طبي مريض / فورمه آنامنز ۲

Datum:

Name

اسم

Geburtsdatum

تاریخ تولد

Telefonnummer

شماره تلفن

## Aktuelle Symptomatik

## علائم فعلی

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	<input type="checkbox"/>	تب
Husten	<input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	<input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	اختلال خواب
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	کاهش توانایی

## Sind Sie schwanger?

## آیا حامله هستید؟

Ja

بلی

Nein

نخیر

Vielleicht

شاید

Wie viele Geburten?

تعداد ولادت ها؟

Wie viele Schwangerschaften?

چند حاملگی؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟

نخیر

بلی

اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Nein

Ja

آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟

نخیر

بلی

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?

## آیا در حال حاضر درد دارید؟

نخیر

بلی

اگر بلی چندبار و چقدر؟

selten

بندرت

meistens

بیشتر

manchmal

بعضی وقت

immer

همیشه

oft

اکثراً

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?

اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

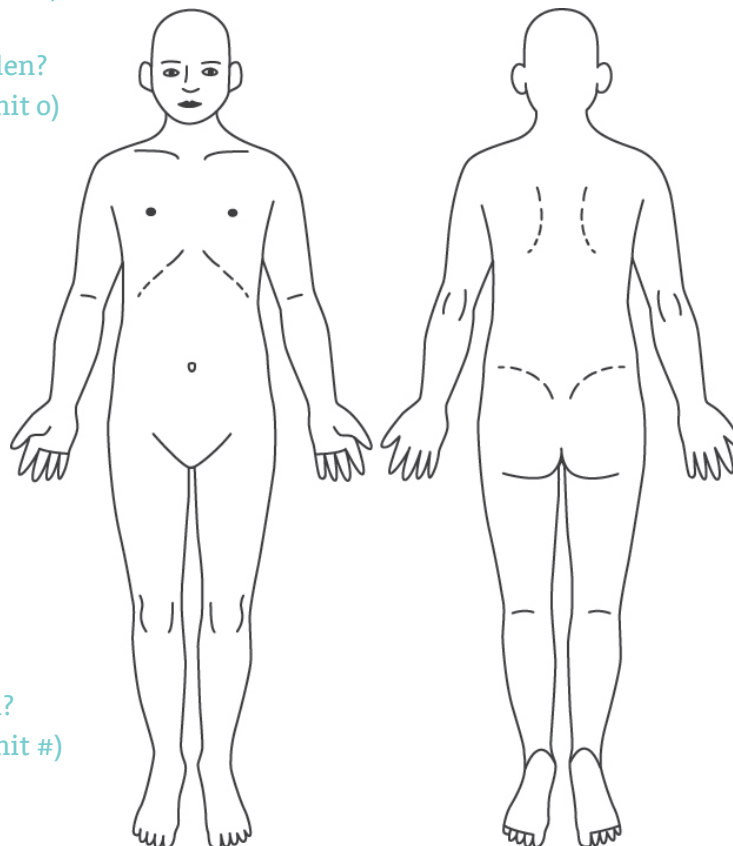
1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?  
(Bitte einzeichnen mit x)

کجا درد دارید؟  
(لطفاً با چلیپا x علامت بزنید.)

Wo haben Sie Wunden?  
(Bitte einzeichnen mit o)

کجا زخم دارید؟  
(لطفاً با دایره o علامت بزنید.)



Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?  
(Bitte einzeichnen mit #)

کجا بروز پوستی دارید؟  
(لطفاً با مربع # علامت بزنید.)



# Anamnesebogen 2

# سابقه طبي مريض / فورمه آنامنز ۲

Datum:

Name

اسم

Geburtsdatum

تاریخ تولد

Telefonnummer

شماره تلفن

## Aktuelle Symptomatik

## علائم فعلی

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	<input type="checkbox"/>	تب
Husten	<input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	<input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	اختلال خواب
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	کاهش توانایی

## Sind Sie schwanger?

## آیا حامله هستید؟

Ja

بلی

Nein

نخیر

Vielleicht

شاید

Wie viele Geburten?

تعداد ولادت ها؟

Wie viele Schwangerschaften?

چند حاملگی؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟

نخیر

بلی

اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Nein

Ja

آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟

نخیر

بلی

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?

## آیا در حال حاضر درد دارید؟

نخیر

بلی

اگر بلی چندبار و چقدر؟

selten

بندرت

meistens

بیشتر

manchmal

بعضی وقت

immer

همیشه

oft

اکثراً

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?

اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

1

2

3

4

5

6

7

8

9

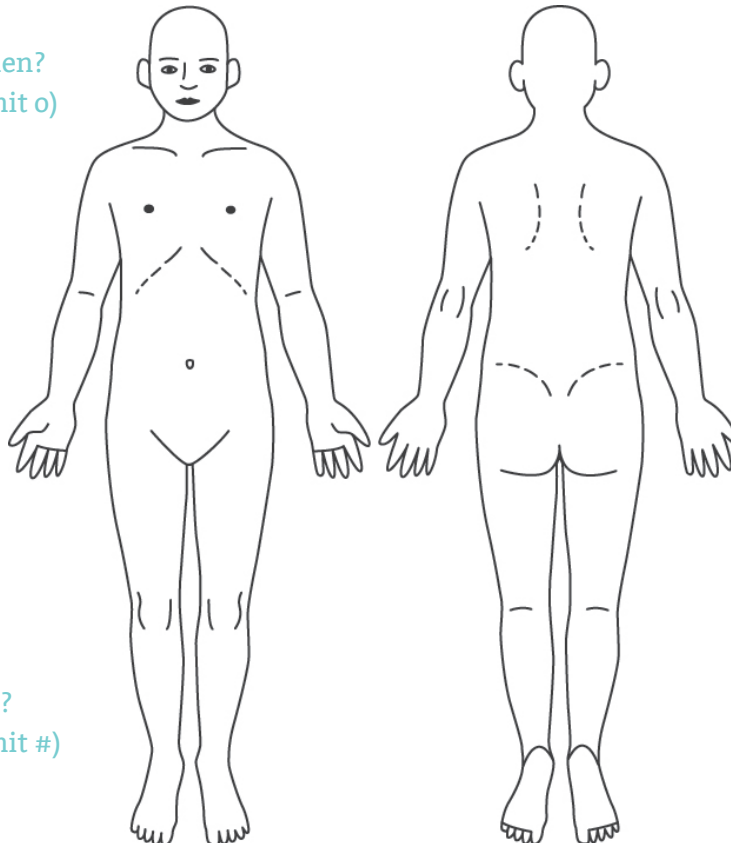
10

Wo haben Sie Schmerzen?  
(Bitte einzeichnen mit x)

کجا درد دارید؟  
(لطفاً با چلیپا x علامت بزنید.)

Wo haben Sie Wunden?  
(Bitte einzeichnen mit o)

کجا زخم دارید؟  
(لطفاً با دایره o علامت بزنید.)



Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?  
(Bitte einzeichnen mit #)

کجا بروز پوستی دارید؟  
(لطفاً با مربع # علامت بزنید.)

# Anamnesebogen 2

# سابقه طبی مریض / فورمه آنامنز ۲

Datum:

Name

اسم

Geburtsdatum

تاریخ تولد

Telefonnummer

شماره تلفن

## Aktuelle Symptomatik

## علائم فعلی

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	<input type="checkbox"/>	تب
Husten	<input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	<input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	اختلال خواب
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	کاهش توانایی

## Sind Sie schwanger?

## آیا حامله هستید؟

Ja

بلی

Nein

نخیر

Vielleicht

شاید

Wie viele Geburten?

تعداد ولادت ها؟

Wie viele Schwangerschaften?

چند حاملگی؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟

نخیر

بلی

اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Nein

Ja

آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟

نخیر

بلی

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?

## آیا در حال حاضر درد دارید؟

نخیر

بلی

اگر بلی چندبار و چقدر؟

selten

بندرت

meistens

بیشتر

manchmal

بعضی وقت

immer

همیشه

oft

اکثراً

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?

اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

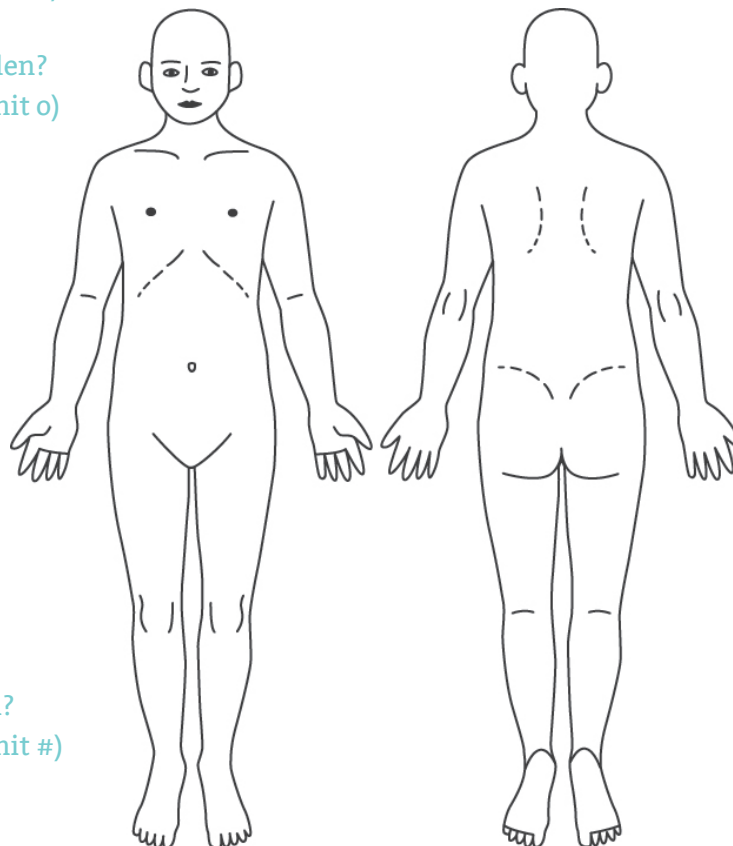
1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?  
(Bitte einzeichnen mit x)

کجا درد دارید؟  
(لطفاً با چلیپا x علامت بزنید.)

Wo haben Sie Wunden?  
(Bitte einzeichnen mit o)

کجا زخم دارید؟  
(لطفاً با دایره o علامت بزنید.)



Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?  
(Bitte einzeichnen mit #)

کجا بروز پوستی دارید؟  
(لطفاً با مربع # علامت بزنید.)





Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---



Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---