

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

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

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

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>

معلومات حول هذا الدفتر وحول نظام الرعاية الصحية الألماني

1. الدفتر الصحي

يساعدك هذا الدفتر على فهم نظام الرعاية الصحية الألماني ويؤمن لك وللأطباء المعالجين معلومات سيرتك المرضية ونتائج فحوصاتك السابقة. يحتوي على أجزاء مختلفة ، حيث يحتوي هذا الجزء الاول على معلومات مهمة حول النظام الصحي الألماني ويوضح كيف يمكنك الحصول على المساعدات الطبية في حالة المرض ، وبالإضافة الى ذلك فإنه يحتوي على بعض الارشادات للطبيب الخاص بك للتعامل مع هذا الدفتر.

أما الجزء الثاني فيحتوي على استمارتين للسيرة المرضية يمكنك أن تملئها قبل زيارة الطبيب لتسهيل التفاهم مع الطبيب وتيسيره ، ويمكنك أن تذكر في الاستمارة الاولى الأمراض السابقة والسيرة المرضية الخاصة بك ، أما في الاستمارة الثانية فيمكنك وصف أعراض مرضك الحالي.

وعلاوة على ذلك توجد امكانية لطبيبك في تسجيل معالجاتك وتوثيقها في هذا الدفتر. لذا يرجى احضار هذا الدفتر معك مع كل زيارة للطبيب ، حيث يتمكن الطبيب من القاء نظرة عامة سريعة على سيرتك المرضية.

ويعتبر هذا الدفتر خاص بك فقط وليس هناك أي علاقة له بقضية اللجوء وإنما يتعلق فقط بالرعاية الطبية الخاصة بك ، ولك الحق في تقرير لمن تبيده. لا يجوز لأي أحد الاطلاع على المعلومات الشخصية الموجودة هنا بدون إرادتك.

2. حقوق المرضى

في ألمانيا لكل انسان في أي وقت الحق في الرعاية الطبية. ولا يشكل استخدام الخدمات الطبية أي تأثير سلبي على قضية اللجوء الخاصة بك. الأطباء المعالجين لديهم التزام بالكتمان وهذا يعني أنه لا يجوز لهم الحديث فيما بعد مع الآخرين عن مرضاهم إلا بعد السماح لهم بذلك وهذا يمنع أيضا تقديم أي معلومات للجهات الحكومية. ولكل انسان حرية اختيار الطبيب المعالج له بنفسه ، وإذا ما لم يكن راضيا عن الطبيب الخاص به فيمكنه أن يبحث عن طبيب آخر.

طالما كنت في إجراءات اللجوء ، فإن دائرة الرعاية الاجتماعية (زوتسيال أمت *Sozialamt*) تتكفل بدفع العلاج الطبي الخاص بك. لهذا يتوجب عليك أن تتقدم بطلب موجه لدائرة الرعاية الاجتماعية وذلك للحصول على قسيمة المعالجة الطبية (بهاندلونجس شاين *Behandlungsschein*). وتضمن هذه الوثيقة للطبيب تغطية التكاليف الخاصة بكافة المعالجات الطبية اللازمة. وإذا ما رفضت دائرة الرعاية الاجتماعية التي تتبعها ، فيمكنك أن تتقدم مع طبيبك بنقض من أجل إعادة النظر لتغطية التكاليف اللازمة.

وتحصل بعد ما لا يزيد عن 15 شهرا من الإقامة في ألمانيا على الحق في تأمين صحي عادي.

3. الصحة خلال إجراءات اللجوء

ستمر خلال إجراءات اللجوء بعدة مراحل.

3.1 الفحص عند التسجيل المبدئي

عند وصولهم إلى ألمانيا يصل طالبي اللجوء إلى مراكز رئيسية حيث يتم تسجيلهم وتعبئة استمارات طلب اللجوء. ويجب على كل من يطلب اللجوء أن يخضع في إطار تسجيل بياناته للفحص الطبي عن طريق طبيب حيث يفيد هذا الفحص في التعرف المبكر على الحالات المرضية المعدية كما أنه يشمل في العادة كذلك فحص جسدي وفحص بالأشعة على الرئة. وبالإضافة إلى ذلك يتم عرض اللقاح في إطار هذا الفحص.

وعليك ان تقوم بإخبار الطبيب المباشر لعملية الفحص بكل المعلومات الضرورية حول حالتك الصحية ، حيث يمكنه مساعدتك في الحصول على العلاجات الضرورية اللازمة في حالة الإصابة بالمرض. إذا كان لديك دفتر لقاحات أو أي مستند طبي آخر يتعلق بحالتك الصحية فأحضره معك.

3.2 اشارات عملية

ستنتقل بعد الوقت ما إلى سكن جماعي. في هذه السكنات الجماعية يوجد عمال اجتماعيون (Zotusialarbeiter) يقدمون يد العون في كل الأسئلة المتعلقة بالحياة والمعيشة في ألمانيا.

• العلاج في غير حالات الطوارئ:

عندما تريد زيارة الطبيب تحتاج الى قسيمة المعالجة الطبية ، وفي حالة آلام الأسنان فإن ذلك يستلزم منك الحصول على قسيمة معالجة طبية خاصة بالأسنان ، وتقوم دائرة الرعاية الاجتماعية بإصدار كلتا القسيماتين. عليك بسؤال العامل الاجتماعي الخاص بك حول مكان دائرة الرعاية الاجتماعية المختصة وكيف يمكنك الحصول على قسيمة المعالجة الطبية ، ثم قم بتوضيح الصعوبات الحالية التي تواجهها ووصفها أمام المسؤول في دائرة الرعاية الاجتماعية. إذا كان لديك ألم يجب عليك إيضاح ذلك بشكل كافي.

بواسطة قسيمة المعالجة الطبية يمكنك زيارة الطبيب الممارس العام ، وإذا ما أردت زيارة أطباء آخرين ، فإن هذا يتطلب من الطبيب الممارس العام الخاص بك خطاب تحويل للطبيب الأخصائي. في حالة زيارة الطبيب المتخصص فمن الضروري عادةً حجز موعد مسبق. مدة الانتظار قد تصل إلى عدة أسابيع. ينبغي الحفاظ على الموعد المحدد حيث أن الطبيب قد حجز هذا الوقت وخصه لك. إذا كنت لا تجيد اللغة الألمانية فسيكون مفيداً لك وللطبيب إحضار مترجماً معك.

إذا كنت تحتاج لأدوية فسيعطيك الطبيب وصفة طبية (Rezept). هناك نوعان من الوصفات بلونين مختلفين: أحمر وأخضر. بواسطة هذه الوصفات تحصل على الأدوية من الصيدلية. الأدوية على الوصفة الحمراء تحصل عليهم مجاناً ، أما الخضراء فيتوجب عليك دفع القيمة بنفسك. من دائرة الرعاية الاجتماعية تحصل برفقة قسيمة المعالجة الطبية على مستند يوضح للصيدلية أنه ليس عليك الدفع مقابل الوصفة الحمراء. احتفظ بهذا المستند وأظهره للصيدلي.

• حالات الطوارئ:

في حالات الطوارئ لا تحتاج إلى اي قسيمة معالجة طبية ، وتستطيع الذهاب إلى قسم الإسعاف والطوارئ في المستشفيات. استقبال الطوارئ مفتوح ٢٤ ساعة وخلال الإجازات أيضاً. عند المشاكل الصحية المهددة للحياة أو المشاكل الصحية التي لا تستطيع عندها الذهاب للطوارئ يمكنك الاتصال بخدمة الإسعاف. رقم الإسعاف هو 112. إذا كنت لا تجيد التحدث باللغة الألمانية حاول الحصول على شخص لكي يساعدك بالاتصال. وإذا ما لم يتوفر لك أي شخص فعليك أن تقوم ببطء بذكر اسمك والمكان الذي تتصل منه (على سبيل المثال اسم الشارع).

3.3 بعد الانتهاء من إجراءات اللجوء

بعد الانتهاء من إجراءات اللجوء أو بعد إقامتك لمدة 15 شهراً في ألمانيا ، يمكنك تسجيل الدخول في التأمين الصحي العادي. ثم تحصل بعد ذلك على بطاقة التأمين (البطاقة الذكية) ولا تعد تحتاج إلى أي وثيقة علاج من دائرة الرعاية الاجتماعية. مع هذه البطاقة الذكية يمكنك زيارة أي طبيب معالج (وأيضاً الطبيب الأخصائي).

4. جهات الإتصال

إذا صادفت مشاكل في الحصول على علاج عند مرضك يمكنك التحدث مع العامل الاجتماعي في سكنك. وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك العديد من مراكز الإستشارة والجمعيات التي تقدم مساعدة مجانية.

• المساعدة عند مصادفة المشاكل في الحصول على أي معالجة طبية:

Medinetz Halle e. V.

العنوان: Ludwigstraße 37

06110 Halle

تلفون: 0152/159 300 43

وقت الدوام: كل يوم خامس من الساعة الرابعة إلى السادسة بعد الظهر

Medinetz Magdeburg e. V.

العنوان: Schellingstraße 3-4

39104 Magdeburg

تلفون: 0176/665 308 54

وقت الدوام: كل يوم ثلاثاء من الساعة الثالثة إلى الخامسة بعد الظهر

• الاستشارة والعلاج للمشاكل النفسية تقدمها المراكز النفسية الاجتماعية للمهاجرات والمهاجرين (بالألمانية **Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten** وباختصار PSZ):

PSZ Halle

العنوان: Charlottenstraße 7

06108 Halle

تلفون: 0345/21 25 768

يمكن الاتصال في يومي الثلاثاء والاربعاء من الساعة العاشرة إلى الثانية عشرة ظهرا

PSZ Magdeburg

العنوان: Liebknechtstraße 55

39108 Magdeburg

تلفون: 0391/63 10 98 07

• تمثيل اهتمامات اللاجئين في ولاية زاكسن أنهالت:

مجلس اللاجئين في زاكسن أنهالت (**Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.**)

العنوان: Schellingstraße 3-4

39104 Magdeburg

تلفون: 0391/53 71 281

• المساعدة الهاتفية في حالة صعوبات اللغة:

وساطة اللغة في ولاية زاكسن أنهالت (**Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt**)

تلفون: 0345/21 38 93 99

Behandlungsschein

شهادة العلاج

Fachbereich Soziales Musterhahn, Max Robinerweg 26, 06132 Halle (Saale)		Kassen-Nr. 123456789 12345	Behandlungsschein Asyl Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle!
geb. am 01.01.1993		Unfall-Unfallfolgen <input type="checkbox"/>	USt-Nr. _____
AZ 4564.945672		Behandelnder Arzt in _____	
Vertragsarzt Nr. 01.07.2015		gültig bis 30.09.2015	

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 Hilfsmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Sach- und Sonderleistungen ist durch den Leistungspflichtiger die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Absenke werden nur ersetzt, wenn sie vom Sozialhilfesüßer 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 die 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.

Stadt Halle (Saale)
 Fachbereich Soziales
 Abl. Gesundheitsleistungen
 Südpromenade 30
 06128 Halle (Saale)
 Ausb. des Sachbearbeiters

Überweisungsschein

شهادة الإحالة

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status Betriebsrat-Nr. Arzt-Nr. Datum	Überweisungsschein 06 Quartal <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 110b SGB V <input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 Geschlecht <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen Überweisung an <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms.-Weiterbehandlung <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
Diagnose/Werkschtdiagnose _____ Befund/Medikation _____ Auftrag _____	

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Rotes Rezept

الوصفة أو الروشيتة الحمراء

Kassenkassenzuständige bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status Vertragsarzt-Nr. Nr. gültig bis Datum	Rp. (Bitte Lesartikeln durchschreiben) bbb Bei Anlaufzeitpunkt verschulden Unfalltag Unfallort Unfallort oder Arbeitsortnummer	Vertragsarztstempel 6282899234
---	--	-----------------------------------

Anamnesebogen 1

السيرة المرضية

Datum: الرجاء استخدام الأرقام الألمانية والحروف الألمانية عند الإجابة بقدر الأمكان في أماكن الفراغات.
الرجاء تحديد المكان المناسب بحرف إكس (علامة إكس)

Name الإسم

Geburtsdatum تاريخ الميلاد

Telefonnummer رقم الهاتف

Geschlecht weiblich أنثى männlich ذكر الجنس

Familienstand alleinstehend عازب verheiratet متزوج
verwitwet أرمل getrennt مطلق الحالة الإجتماعية

Kinder Nein لا Ja نعم الأولاد

Anzahl Kinder عدد الأولاد

Herkunftsland الموطن الأصلي

Beruf im Herkunftsland المهنة في الوطن الاصلي

Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

ملاحظات المسؤول في دائرة الشؤون الصحية

Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

Allgemeine Anamnese

السيرة المرضية العامة

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

ما هي الأمراض الأخرى من قبل؟

Herz

Herzinfarkt

Herzschwäche

Herzklappenfehler

Andere:

القلب

جلطة قلبية

ضمور القلب، ضعف القلب

صمامات القلب

أخرى:

Lunge

Asthma

Andere:

الرئة

ربو

أخرى:

Magen

Magenentzündung

Sodbrennen

Leber

Leberzirrhose

Andere:

المعدة

التهابات المعدة

حرقة المعدة

الكبد

تليف الكبد

أخرى:

Galle

Steinleiden

Andere:

المرارة

حصوات المرارة

أخرى:

Darm

Krebs

Hämorrhoiden

Hernien

Andere:

الأمعاء

سرطان

بواسير

فتق، خرق

أخرى:

Niere/Blase

Nierenschwäche

Nierensteine

Blasenentzündungen

Andere:

الكلىة والمثانة

القصور الكلوي

حصوات كلوية

التهابات المثانة

أخرى:

Frauen

Brustkrebs

Gebärmutterkrebs

الأمراض الخاصة بالنساء

سرطان الثدي

سرطان الرحم

Männer

Prostatavergrößerung
Prostatakrebs

الأمراض الخاصة بالرجال
زيادة حجم البروستاتا
سرطان البروستاتا

Skelett

Arthrose
Rheuma
Wirbelsäulenschäden
Andere:

الهيكل العظمي
فصال عظمي
روماتزم
مشاكل في العمود الفقري
أخرى:

Krebs

Krebsleiden
Bestrahlung
Chemotherapie
Krebs-Operation

السرطان
أمراض سرطانية
علاج إشعاعي
علاج كيميائي
عمليات استئصال للسرطان

Nerven/Hirn

Epilepsie
Schlaganfall
Andere:

الجهاز العصبي والدماغ
صرع
جلطة دماغية
أخرى:

Augen

Glaukom
Katarakt

العين
المياه الزرقاء
المياه البيضاء

Haut

Psoriasis
Andere:

الجلد
داء الصدفية
أخرى:

Schilddrüse

Überfunktion
Unterfunktion

الغدة الدرقية
ارتفاع وظيفي (فرط الدرقية)
انخفاض وظيفي (قصور الدرقية)

Andere

Diabetes
Bluthochdruck
Muskelkrankheiten
Thrombose
Blutungsneigung
Andere:

أمراض أخرى
السكري
ارتفاع ضغط الدم
أمراض عضلية
جلطات الأوعية الدموية
الميلول إلى نزيف دموي
أخرى:

Welche Organe wurden operiert?

ما هي الأعضاء التي أجريت لها عمليات جراحية؟

Lunge	<input type="checkbox"/>	الرئة
Herz	<input type="checkbox"/>	القلب
Brust	<input type="checkbox"/>	الثدي
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	الرحم
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	ولادة قيصرية
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	كشط غشاء الرحم
Schädel	<input type="checkbox"/>	الجمجمة
Gelenke	<input type="checkbox"/>	المفاصل
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	كسور عظمية
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	العمود الفقري
Galle	<input type="checkbox"/>	المرارة
Leber	<input type="checkbox"/>	الكبد
Magen	<input type="checkbox"/>	المعدة
Darm	<input type="checkbox"/>	الأمعاء
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	الزائدة الدودية
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	البواسير
Blase	<input type="checkbox"/>	المثانة
Niere	<input type="checkbox"/>	الكلية
Prostata	<input type="checkbox"/>	البروستاتا
Augen	<input type="checkbox"/>	العين
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	الغدة الدرقية
Andere:		أخرى:

Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal festgestellt?

أي من الأمراض المعدية التالية قد تم تشخيصها لديك؟

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	مرض السل
HIV	<input type="checkbox"/>	أيدز
Röteln	<input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	التهاب الكبد
Windpocken	<input type="checkbox"/>	الحماق
Masern	<input type="checkbox"/>	الحصبة

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

هل لديك حساسيات؟

Medikamente:

أدوية:

Nahrungsmittel:

المواد الغذائية:

Pollen:

حبوب اللقاح:

Andere:

أخرى:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

هل تتعاطي أدوية بشكل منتظم؟

Nein

كلا

Ja

نعم

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر أسماء الأدوية.

Anzahl abends الكمية مساءً	Anzahl mittags الكمية ظهرا	Anzahl frühs الكمية صباحا	Wirkstoffmenge الجرعة	Name des Medikamentes اسم الدواء

Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

هل تتناول في الوقت الحالي أدوية أخرى؟

Nein

كلا

Ja

نعم

Wenn ja, welche?

في حالة الإجابة بنعم، ما هي الأدوية؟

Vorlagen:

Anamnesebogen 2
Arzttermine
Kurzarztbrief

السيرة المرضية 2
مواعيد الطبيب
تقرير للطبيب

Anamnesebogen 2

السيرة المرضية 2

Datum:

Name

الإسم

Geburtsdatum

تاريخ الميلاد

Telefonnummer

رقم الهاتف

Aktuelle Symptomatik

الأعراض الحالية

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

أي من هذه الأعراض تعاني منها خلال الأيام القليلة الماضية؟

Fieber	<input type="checkbox"/>	حمى
Husten	<input type="checkbox"/>	سعال
Atemnot	<input type="checkbox"/>	ضيق تنفس
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	تقيؤ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	إسهال
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	إمساك
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	براز أسود
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	آلام أثناء التبول
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	إحمرار البول
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	التبول ليلا
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	تورم الساقين أو الرجلين
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	حكة
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	اصفرار العيون
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	التعرق ليلا
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف السمع
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف البصر
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	مشاكل في النوم
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف المجهود اليومي

Sind Sie schwanger?

هل أنت حامل؟

Ja

نعم

Nein

كلا

Vielleicht

محتمل

Wie viele Geburten?

كم عدد الولادات؟

Wie viele Schwangerschaften?

كم مرة حملت؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟

كلا

نعم

في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Nein

Ja

هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟

كلا

نعم

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?

هل لديك حاليا آلام؟

كلا

نعم

في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟

selten

نادرا

meistens

أكثر الوقت

manchmal

أحيانا

immer

دائما

oft

غالبا

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

في حالة الإجابة بنعم، كم تقريبا تخمن قوة الألم من 1 (لا يوجد ألم) إلى 10 (ألم شديد للغاية)؟

1

2

3

4

5

6

7

8

9

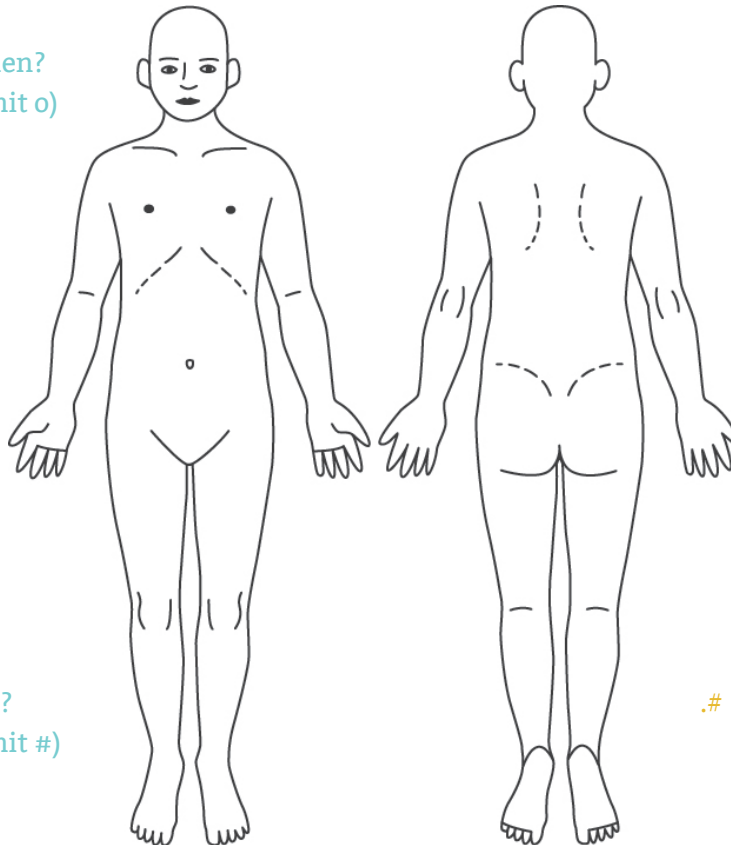
10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)

أين لديك آلام؟
الرجاء تحديد الأماكن في الصورة بحرف x.

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)

أين لديك جروح؟
الرجاء التحديد بدائرة o.



Wo haben Sie
Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)

أين لديك علامات جلدية؟
الرجاء التحديد بعلامة مربع #.

Anamnesebogen 2

السيرة المرضية 2

Datum:

Name

الإسم

Geburtsdatum

تاريخ الميلاد

Telefonnummer

رقم الهاتف

Aktuelle Symptomatik

الأعراض الحالية

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

أي من هذه الأعراض تعاني منها خلال الأيام القليلة الماضية؟

Fieber	<input type="checkbox"/>	حمى
Husten	<input type="checkbox"/>	سعال
Atemnot	<input type="checkbox"/>	ضيق تنفس
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	تقيؤ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	إسهال
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	إمساك
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	براز أسود
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	آلام أثناء التبول
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	إحمرار البول
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	التبول ليلا
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	تورم الساقين أو الرجلين
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	حكة
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	اصفرار العيون
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	التعرق ليلا
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف السمع
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف البصر
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	مشاكل في النوم
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف المجهود اليومي

Sind Sie schwanger?

هل أنت حامل؟

Ja

نعم

Nein

كلا

Vielleicht

محتمل

Wie viele Geburten?

كم عدد الولادات؟

Wie viele Schwangerschaften?

كم مرة حملت؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟

كلا

نعم

في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Nein

Ja

هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟

كلا

نعم

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?

هل لديك حاليا آلام؟

كلا

نعم

في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟

selten

نادرا

meistens

أكثر الوقت

manchmal

أحيانا

immer

دائما

oft

غالبا

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

في حالة الإجابة بنعم، كم تقريبا تخمن قوة الألم من 1 (لا يوجد ألم) إلى 10 (ألم شديد للغاية)؟

1

2

3

4

5

6

7

8

9

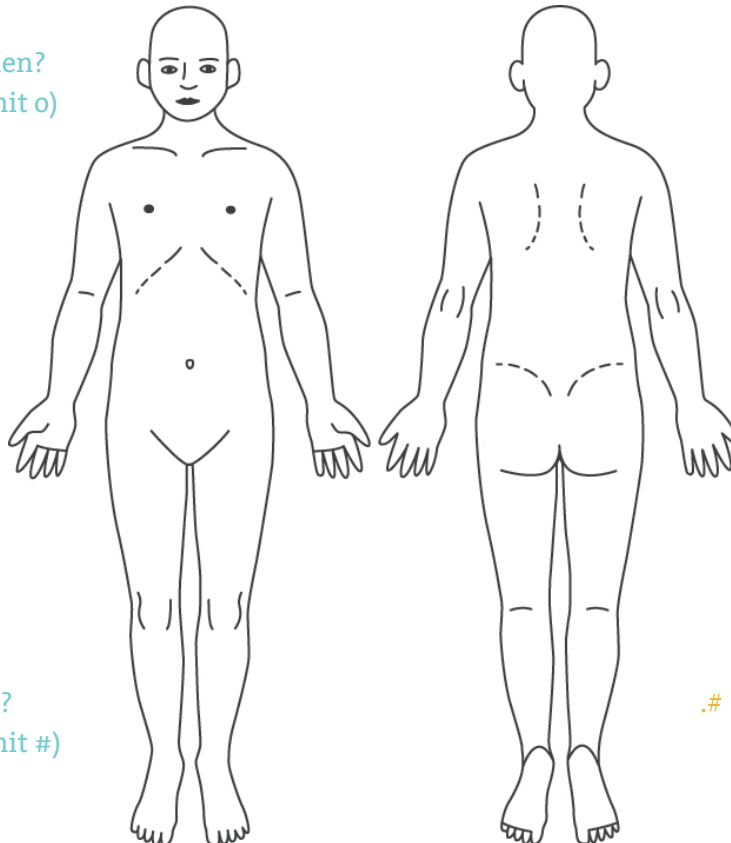
10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)

أين لديك آلام؟
الرجاء تحديد الأماكن في الصورة بحرف x.

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)

أين لديك جروح؟
الرجاء التحديد بدائرة o.



Wo haben Sie
Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)

أين لديك علامات جلدية؟
الرجاء التحديد بعلامة مربع #.

Anamnesebogen 2

السيرة المرضية 2

Datum:

Name

الإسم

Geburtsdatum

تاريخ الميلاد

Telefonnummer

رقم الهاتف

Aktuelle Symptomatik

الأعراض الحالية

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

أي من هذه الأعراض تعاني منها خلال الأيام القريبة الماضية؟

Fieber	<input type="checkbox"/>	حمى
Husten	<input type="checkbox"/>	سعال
Atemnot	<input type="checkbox"/>	ضيق تنفس
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	تقيؤ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	إسهال
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	إمساك
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	براز أسود
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	آلام أثناء التبول
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	إحمرار البول
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	التبول ليلا
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	تورم الساقين أو الرجلين
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	حكة
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	اصفرار العيون
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	التعرق ليلا
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف السمع
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف البصر
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	مشاكل في النوم
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	ضعف المجهود اليومي

Sind Sie schwanger?

هل أنت حامل؟

Ja

نعم

Nein

كلا

Vielleicht

محتمل

Wie viele Geburten?

كم عدد الولادات؟

Wie viele Schwangerschaften?

كم مرة حملت؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟

كلا

نعم

في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Nein

Ja

هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟

كلا

نعم

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?

هل لديك حاليا آلام؟

كلا

نعم

في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟

selten

نادرا

meistens

أكثر الوقت

manchmal

أحيانا

immer

دائما

oft

غالبا

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

في حالة الإجابة بنعم، كم تقريبا تخمن قوة الألم من 1 (لا يوجد ألم) إلى 10 (ألم شديد للغاية)؟

1

2

3

4

5

6

7

8

9

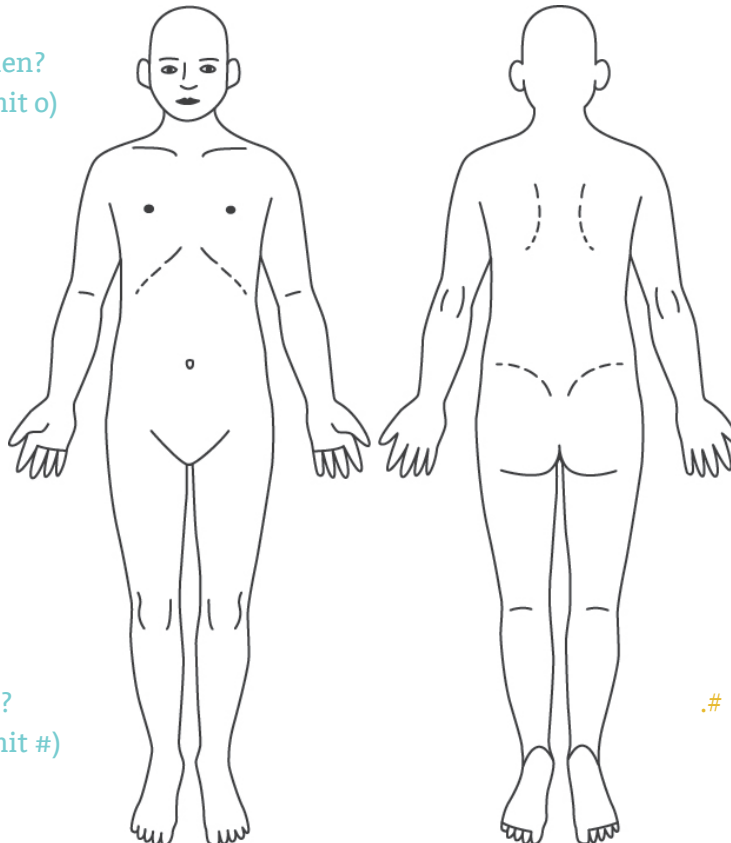
10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)

أين لديك آلام؟
الرجاء تحديد الأماكن في الصورة بحرف x.

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)

أين لديك جروح؟
الرجاء التحديد بدائرة o.



Wo haben Sie
Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)

أين لديك علامات جلدية؟
الرجاء التحديد بعلامة مربع #.

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:
