

Erklärung für den Arzt

Explanation for the doctor

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>

Information on this booklet and on the German health-care system

1. This health booklet

This booklet is intended to help you find your way around the German health-care system and to ensure that the doctors treating you are properly informed about any pre-existing medical conditions.

It contains different sections. This first part contains important information about the health-care system in Germany and explains how you can get medical help in case of illness. It also contains information for your doctor on how to use this booklet.

The second part contains two medical history forms which you can fill in before seeing a doctor, in order to facilitate communications with him/her: On the first sheet, you can detail pre-existing conditions and your medical history. On the second sheet, you can describe your current illnesses.

In addition, there is space in the booklet for your doctor to keep a record of treatments you receive. Please bring this booklet with you to every doctor's appointment. In this way, your doctor can quickly gain an overview of your medical history.

This booklet is only intended for you. It is not related to your asylum procedure and exists solely for your medical care. You decide to whom you want to show this booklet. No one is allowed to see the personal information contained here against your will.

2. Patients' Rights

In Germany, everyone has a right to medical care at all times.

The use of medical services has no negative impact on your asylum procedure. Doctors treating you are bound by doctor-patient confidentiality. This means they may only talk to other people about their patients if the patients give their permission. This also precludes passing on information to official bodies.

Everyone is at liberty to choose his/her own doctor. If you are dissatisfied with your doctor, you can look for another doctor.

As long as you are part of the asylum procedure, Social Services (*Sozialamt*) will be responsible for paying for your medical treatment. To receive this, you will need to apply for a treatment certificate (*Behandlungsschein*) from the social security office. This treatment certificate provides your doctor with a guarantee that all necessary medical treatment will be paid for.

If your social security office refuses to pay for treatment, you and your doctor can appeal against this, in order to bring about a renewed assessment of how the treatment will be paid for.

After no more than 15 months in Germany, you will be entitled to normal health insurance.

3. Health during the asylum procedure

You will go through different stages in your asylum procedure.

3.1 Initial examination

After arriving in Germany, asylum seekers are housed in central facilities. You will be registered there and you will be able to make your asylum application.

Each asylum seeker must undergo a medical examination by a physician as part of the registration process. This examination serves to detect infectious diseases as early as possible and usually involves a physical examination and an X-ray of the lungs. You will also be offered vaccinations as part of this examination.

Give the examining doctor all relevant information about your state of health! He/she can help you to get the necessary treatment in the event of illness. If you have a vaccination certificate or other documents pertaining to your health, please bring them with you.

3.2 Practical Hints

After a period of time, you will be accommodated in a hostel. Social workers (*Sozialarbeiter*) are employed in these hostels to assist with any questions relating to life in Germany.

Non-urgent treatment

If you want to see a doctor, you need a treatment certificate (*Behandlungsschein*). For toothache, you need a special dental treatment certificate (*Zahnbehandlungsschein*). Both certificates are issued by the social security office. Ask your social worker where the relevant social security office is and how you can get the treatment certificate. Describe your current symptoms clearly to the clerk in the social security office. If you are in pain, you should make this clear.

With the treatment certificate, you will be able to consult a GP. If you want to consult other doctors, you will need your GP to issue you with a referral certificate (*Überweisung*)

to a specialist. It is usually necessary to make an appointment in advance to see a specialist. The waiting time for an appointment can sometimes be several weeks. You should be on time for the appointment, because the doctor has reserved this time for you. If you still cannot speak any German, it helps you and the doctor if you can bring an interpreter with you.

If you need medication, the doctor will issue you with a prescription (*Rezept*). There are two types of prescription, the colours of which are different (red and green). You will receive your medication at the pharmacy on production of these prescriptions. Medication issued on a red prescription is free; medication on a green prescription must be paid for. You will receive a treatment certificate from the social security office which shows the pharmacy that you do not have to pay anything for red prescriptions. Pay close attention to this document and show it to the pharmacist.

Emergencies

For emergencies, you do not need a treatment certificate and you can simply present yourself at the A&E department (*Notaufnahme*) of any hospital. A&E departments are open 24 hours a day, including holidays. With life-threatening conditions or if it is not possible to go to A&E because of your illness, you can call the emergency services. The phone number to contact the emergency services is 112. If you still cannot speak any German, try to find someone to call an ambulance for you. If no one is available, then slowly give your name and the place from which you are calling (e.g. the name of the street).

3.3 Upon completion of the asylum procedure

When your asylum procedure is completed or after you have lived in Germany for 15 months, you can register for normal health insurance. You will then receive an insurance card (smart card) and will no longer require a treatment certificate from the social security office.

Using this smart card, you will be able to consult any doctor (including specialists).

4. Contacts

If you experience difficulty obtaining treatment when you are ill, you can consult the social worker in your hostel. In addition, there are many counselling centres and associations that offer free help.

Help with difficulties in getting medical treatment :

Medinetz Halle e. V.

Ludwigstraße 37, 06110 Halle
phone number: 0152/159 300 43
consultation-hour: every Thursday 4 to 6 p.m.

Medinetz Magdeburg e. V.

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg
phone number: 0176/665 308 54
consultation-hour: every tuesday 3 to 5 p.m.

Telephone assistance with language difficulties :

Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt

phone number: 0345/21 38 93 99

Counselling and therapy for psychological problems is offered by :

Psychosoziale Zentren für Migrantinnen und Migranten (PSZ)

(Psychosocial Centres for Migrants)

PSZ Halle

Charlottenstraße 7, 06108 Halle
phone number: 0345/21 25 768

PSZ Magdeburg

Liebknechtstraße 55, 39108 Magdeburg
phone number: 0391/63 10 98 07

Representing the interests of refugees in Saxony-Anhalt :

Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg
phone number: 0391/53 71 281

Behandlungsschein

Treatment certificate

Stichtag (Stand)		Kasse	Kassen-Nr.	
Fachbereich Soziales		123456789	12345	
Name, Vorname des Leistungsberechtigten nach AStb/G, Anschrift				
Musterhahn, Max				
Robrienweg 26, 06132 Halle (Saale)				
geb. am		01.01.1993		
AZ	Status		M F A	
4564.945672				
Vertragsart		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
 Abt. Gesundheitsleistungen
 Südpromenade 30
 06108 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 AsylLG die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände notwendigen Kosten vom Fachbereich Soziales übernommen. Dies gilt auch für die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln.
- Für Heilmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körperersatzstücke, 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 die Hinweisse 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 Serviceleistungen der Kassenzentralen Vereinfach genutzt werden.
- Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzentralen Notfalldienstes gültig.
- Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der ACK übernommen.

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Überweisungsschein

Referral certificate

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein		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 befrist. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	Geschlecht
Beauftragter Nr.	Arzt Nr.	Überweisung an	
Diagnose/Werkschtdiagnose	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mst-/Warterbehandlung		AU bis
Befund/Medikation	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		
Auftrag			
			Verbindliches Muster
			Muster 6 (0.2011)

Rotes Rezept

Prescription (red)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Rp. (Rotes Rezept)		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 befrist. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	Geschlecht
Beauftragter Nr.	Arzt Nr.	Überweisung an	AU bis
Diagnose/Werkschtdiagnose	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mst-/Warterbehandlung		
Befund/Medikation	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		
Auftrag			
			Verbindliches Muster
			Muster 6 (0.2011)

Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

General medical history / previous illnesses

Datum:

Name

Name

Geburtsdatum

Date of birth

Telefonnummer

Telephone number

Geschlecht

Gender

weiblich

female

männlich

male

Familienstand

Marital status

ledig

single

verheiratet

married

verwitwet

widow(er)

getrennt

separated

Kinder

Children

Nein

No

Ja

Yes

Anzahl Kinder

Number of children

Herkunftsland

Country of origin

Beruf im Herkunftsland

Profession in country of origin

Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

To be completed by the health authorities!

Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

Allgemeine Anamnese

General history

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

Which diseases do you / did you have?

Herz

Herzinfarkt
Herzschwäche
Herzklappenfehler
Andere:

Heart

Heart attack
Heart failure
Valvular heart defects
Other:

Lunge

Asthma
Andere:

Lung

Asthma
Other:

Magen

Magenentzündung
Sodbrennen

Stomach

Gastritis
Heartburn

Leber

Leberzirrhose
Andere:

Liver

Cirrhosis of the liver
Other:

Galle

Steinleiden
Andere:

Gallbladder

Gallstones
Other:

Darm

Krebs
Hämorrhoiden
Hernien
Andere:

Intestine

Cancer
Hemorrhoids
Hernias
Other:

Niere/Blase

Nierenschwäche
Nierensteine
Blasenentzündungen
Andere:

Kidney / Bladder

Kidney failure
Kidney stones
Bladder infections
Other:

Frauen

Brustkrebs
Gebärmutterkrebs

Women

Breast cancer
Cervical cancer

Männer

Prostatavergrößerung
Prostatakrebs

Men

Enlarged prostate
Prostate cancer

Skelett

Arthrose
Rheuma
Wirbelsäulenschäden
Andere:

Skeleton

Osteoarthritis
Rheumatism
Spinal injuries
Other:

Krebs

Krebsleiden
Bestrahlung
Chemotherapie
Krebs-Operation

Cancer

Cancer
Radiation
Chemotherapy
Cancer surgery

Nerven/Hirn

Epilepsie
Schlaganfall
Andere:

Nerves / Brain

Epilepsy
Stroke
Other:

Augen

Glaukom
Katarakt

Eyes

Glaucoma
Cataract

Haut

Psoriasis
Andere:

Skin

Psoriasis
Other:

Schilddrüse

Überfunktion
Unterfunktion

Thyroid gland

Hyper function
Sub-function

Andere

Diabetes
Bluthochdruck
Muskelkrankheiten
Thrombose
Blutungsneigung
Andere:

Other

Diabetes
High blood pressure
Muscular diseases
Thrombosis
Bleeding tendency
Other:

Welche Organe wurden operiert?

Which organs were operated on?

Lunge	<input type="checkbox"/>	Lung
Herz	<input type="checkbox"/>	Heart
Brust	<input type="checkbox"/>	Breast
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	Uterus
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	Caesarean section
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	Curettage
Schädel	<input type="checkbox"/>	Skull
Gelenke	<input type="checkbox"/>	Joints
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	Bone fracture
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Spine
Galle	<input type="checkbox"/>	Gallbladder
Leber	<input type="checkbox"/>	Liver
Magen	<input type="checkbox"/>	Stomach
Darm	<input type="checkbox"/>	Intestine
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Appendix
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Hemorrhoids
Blase	<input type="checkbox"/>	Bladder
Niere	<input type="checkbox"/>	Kidney
Prostata	<input type="checkbox"/>	Prostate
Augen	<input type="checkbox"/>	Eyes
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Thyroid gland
Andere:		Other:

Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal festgestellt?

Which of the following infectious diseases was already detected?

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
HIV	<input type="checkbox"/>	HIV
Röteln	<input type="checkbox"/>	Rubella
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Hepatitis
Windpocken	<input type="checkbox"/>	Chickenpox
Masern	<input type="checkbox"/>	Measles

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Medikamente:

Nahrungsmittel:

Pollen:

Andere:

Do you have any known allergies or intolerances?

Medication:

Food:

Pollen:

Other:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

No

Yes

If yes, which? (Please note below)

Name des Medikamentes <i>Name of the medication</i>	Wirkstoffmenge <i>Amount of active ingredient</i>	Anzahl frühs <i>Number (morning)</i>	Anzahl mittags <i>Number (noon)</i>	Anzahl abends <i>Number (evening)</i>

Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

No

Yes

If yes, which?

Are you currently taking any other medication?

Vorlagen:

Anamnesebogen 2

Arzttermine

Kurzarztbrief

Templates:

Medical history form 2

Doctor's appointments

Short medical report

Anamnesebogen 2

Medical history form 2

Datum:

Name

Name

Geburtsdatum

Date of birth

Telefonnummer

Telephone number

Aktuelle Symptomatik

Current symptoms

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

Which of these symptoms have you noticed in the last few days?

Fieber	<input type="checkbox"/>	High temperature
Husten	<input type="checkbox"/>	Cough
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Breathlessness
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vomiting
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarrhea
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Constipation
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Black-coloured stools
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Pain when passing water
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Red-coloured urine
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urination at night
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Swelling of the legs and / or feet
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Itching
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Yellowing of eyes and / or skin
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Increased night sweats
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Hearing loss
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Reduced vision
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Sleep disorders
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Reduced physical / mental efficiency

Sind Sie schwanger?

Are you pregnant?

Ja

Yes

Nein

No

Vielleicht

Maybe

Wie viele Geburten?

How many births?

Wie viele Schwangerschaften?

How many pregnancies?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

How many weeks ago was your last menstrual period?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?
Have you lost weight in the last 3 months?

Nein Ja
No Yes

Wenn ja, wie viel Kilogramm?
If so, how many kilograms?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?
Have you thought recently about killing yourself?

Nein Ja
No Yes

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Are you currently in pain?

Nein Ja
No Yes

Wenn ja, wie oft?
If so, how often?

selten manchmal oft meistens immer
rarely sometimes often usually always

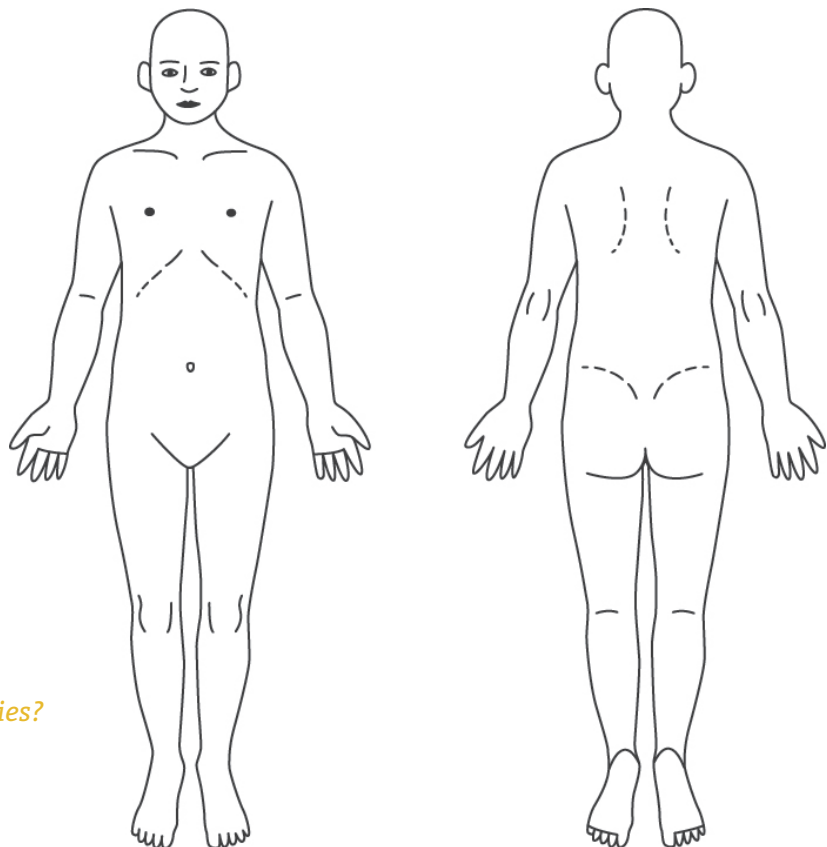
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?
If so, how strong is the pain on a scale from 1 (no pain) to 10 (maximum pain)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)
*Where are you in pain?
(Please mark with x)*

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)
*Where do you have sores?
(Please mark with o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)
*Where do you have skin abnormalities?
(Please mark with #)*



Anamnesebogen 2

Medical history form 2

Datum:

Name

Name

Geburtsdatum

Date of birth

Telefonnummer

Telephone number

Aktuelle Symptomatik

Current symptoms

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

Which of these symptoms have you noticed in the last few days?

Fieber	<input type="checkbox"/>	High temperature
Husten	<input type="checkbox"/>	Cough
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Breathlessness
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vomiting
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarrhea
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Constipation
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Black-coloured stools
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Pain when passing water
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Red-coloured urine
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urination at night
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Swelling of the legs and / or feet
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Itching
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Yellowing of eyes and / or skin
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Increased night sweats
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Hearing loss
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Reduced vision
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Sleep disorders
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Reduced physical / mental efficiency

Sind Sie schwanger?

Are you pregnant?

Ja

Yes

Nein

No

Vielleicht

Maybe

Wie viele Geburten?

How many births?

Wie viele Schwangerschaften?

How many pregnancies?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

How many weeks ago was your last menstrual period?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?
Have you lost weight in the last 3 months?

Nein Ja
No Yes

Wenn ja, wie viel Kilogramm?
If so, how many kilograms?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?
Have you thought recently about killing yourself?

Nein Ja
No Yes

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Are you currently in pain?

Nein
No

Ja
Yes

Wenn ja, wie oft?
If so, how often?

selten
rarely

manchmal
sometimes

oft
often

meistens
usually

immer
always

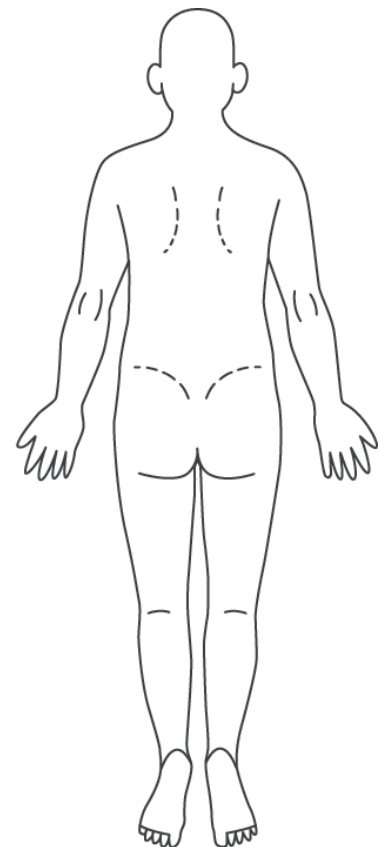
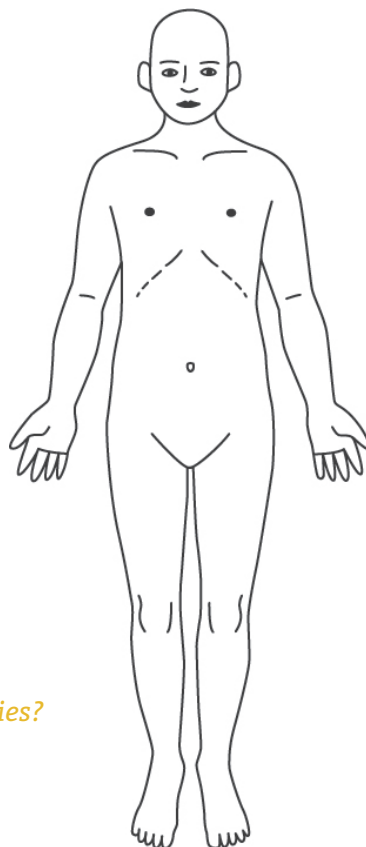
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?
If so, how strong is the pain on a scale from 1 (no pain) to 10 (maximum pain)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)
*Where are you in pain?
(Please mark with x)*

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)
*Where do you have sores?
(Please mark with o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)
*Where do you have skin abnormalities?
(Please mark with #)*



Anamnesebogen 2

Medical history form 2

Datum:

Name

Name

Geburtsdatum

Date of birth

Telefonnummer

Telephone number

Aktuelle Symptomatik

Current symptoms

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

Which of these symptoms have you noticed in the last few days?

Fieber	<input type="checkbox"/>	High temperature
Husten	<input type="checkbox"/>	Cough
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Breathlessness
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vomiting
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarrhea
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Constipation
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Black-coloured stools
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Pain when passing water
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Red-coloured urine
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urination at night
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Swelling of the legs and / or feet
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Itching
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Yellowing of eyes and / or skin
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Increased night sweats
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Hearing loss
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Reduced vision
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Sleep disorders
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Reduced physical / mental efficiency

Sind Sie schwanger?

Are you pregnant?

Ja

Yes

Nein

No

Vielleicht

Maybe

Wie viele Geburten?

How many births?

Wie viele Schwangerschaften?

How many pregnancies?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

How many weeks ago was your last menstrual period?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?
Have you lost weight in the last 3 months?

Nein Ja
No Yes

Wenn ja, wie viel Kilogramm?
If so, how many kilograms?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?
Have you thought recently about killing yourself?

Nein Ja
No Yes

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Are you currently in pain?

Nein
No

Ja
Yes

Wenn ja, wie oft?
If so, how often?

selten
rarely

manchmal
sometimes

oft
often

meistens
usually

immer
always

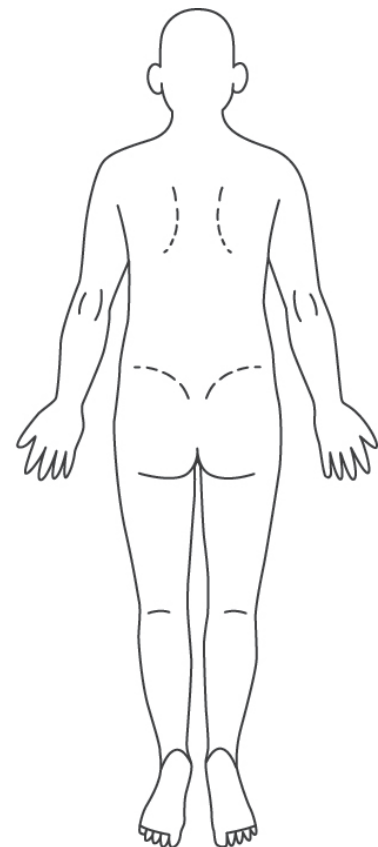
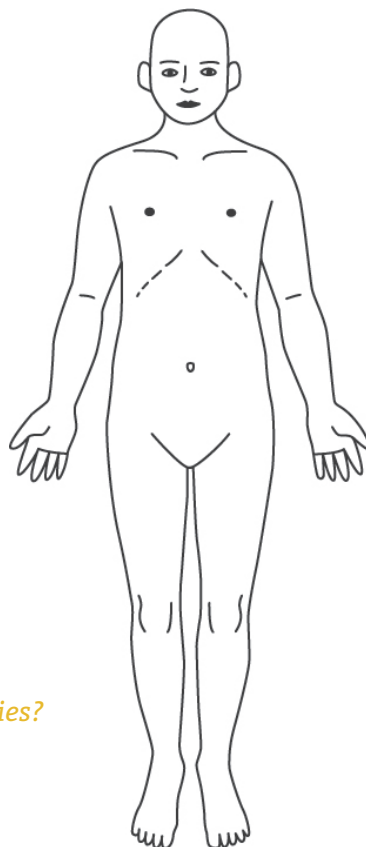
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?
If so, how strong is the pain on a scale from 1 (no pain) to 10 (maximum pain)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)
*Where are you in pain?
(Please mark with x)*

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)
*Where do you have sores?
(Please mark with o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)
*Where do you have skin abnormalities?
(Please mark with #)*



Kurzarztbrief

Short medical report

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:

Kurzarztbrief

Short medical report

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:

Kurzarztbrief

Short medical report

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:

Kurzarztbrief

Short medical report

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:
