

## Fragebogen zur Erhebung der Anamnese - Erwachsene

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum: .....

Geschlecht: männlich  weiblich  Nationalität: ..... Schwangerschaft: ..... Monat  
Einzelperson  Familienverband

- 
- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie krank?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie Medikamente ein?                                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie gegen Krankheiten geimpft?                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihnen ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben oder hatten Sie eine ansteckende Krankheit?          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindsucht (Tuberkulose)?                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Windpocken?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Masern?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Röteln?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Syphilis (Lues)?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| andere Geschlechtskrankheit?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Typhus, Paratyphus?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Cholera?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Schmerzen?                                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 6 Wochen Fieber?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie starken Husten?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Übelkeit, Erbrechen?                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie Bauchkrämpfe oder Durchfall?                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Blut im Stuhl?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie Hautausschlag?                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Bemerkung durch den Arzt:

.....  
Unterschrift

.....  
Unterschrift Arzt

## Fragebogen zur Erhebung der Anamnese - Kinder

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und dem Arzt übergeben!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Datum: .....

Geschlecht: männlich  weiblich  Nationalität: ..... Alter: .....

---

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind krank?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihr Kind gegen Krankheiten geimpft?                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihrem Kind ein Hauttest auf Tuberkulose durchgeführt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat oder hatte Ihr Kind eine ansteckende Krankheit?             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindsucht (Tuberkulose)?  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Hepatitis?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Windpocken?  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Mumps?   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Masern?  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Röteln?  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| Diphtherie?  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      |
| 6. Hat Ihr Kind Schmerzen?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind Fieber?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Ihr Kind starken Husten?                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat Ihr Kind Übelkeit, Erbrechen?                               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Hat Ihr Kind Bauchkrämpfe oder Durchfall?                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat Ihr Kind Hautausschlag?                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

.....  
Unterschrift der Eltern

Bemerkung durch den Arzt:

.....  
Unterschrift Arzt

## Pyetësor i Anamnezës – për të rriturit

(Ju lutem shënoni me kryq alternativën e saktë dhe dorëzojani mjekut!)

Të dhëna personale, duke përfshirë numrin e identifikimit ZAB:

Data: .....

Gjinia:      mashkull       femër       Kombësia: .....      Shtatëzani:    në muajin e.....  
                  Individ       familjar

- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | A jeni i/e sëmurë?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Merrni mjekime?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 3.  | A jeni i/e vaksinuar ndaj sëmundjeve?                             | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 4.  | E keni kryer testin e tuberkulinës në lëkurë?                     | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 5.  | A keni / keni patur ndonjë sëmundje ngjitëse?                     | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Tuberkuloz?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatit?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | HIV?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Linë e dhenve?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Fruth?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolë?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Lia (difteri)?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Sifiliz?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Sëmundje të tjera seksualisht të transmetueshme?                  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Tifo, paratifo?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Kolerë?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 6.  | A keni dhembje?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 7.  | A keni ose keni patur gjatë gjashtë javëve të fundit temperaturë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Keni kollë të theksuar?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 9.  | A keni të përziera, të vjella?                                    | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 10. | A keni dhembje barku ose diare?                                   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 11. | A keni gjak në feçe?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 12. | Keni dhembje gjatë urinimit?                                      | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 13. | A keni ekzema në lëkurë?  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |

Shënime të mjekut:

.....  
Nënshkrimi

.....  
Nënshkrimi i mjekut

### Pyetësor i Anamnezës – për fëmijët

(Ju lutem shënoni me kryq alternativën e saktë dhe dorëzojani mjekut!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Data: .....

Gjinia:      mashkull       femër       Kombësia: .....      Moshë: .....

- 
- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | A është i sëmurë fëmija juaj?                    | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 2.  | A merr ai/ajo mjekime?                           | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 3.  | A është i/e vaksinuar ndaj sëmundjeve?           | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 4.  | A e ka kryer testin e tuberkulinës në lëkurë?    | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 5.  | A ka / ka patur fëmija ndonjë sëmundje ngjitëse? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Tuberkuloz?                                      | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatit?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Linë e dheneve?                                  | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Shyta?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Fruth?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolë?   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
|     | Li (difteri)?                                    | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 6.  | A ka dhembje fëmija juaj?                        | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 7.  | A ka temperaturë?                                | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 8.  | A ka fëmija kollë të fuqishme?                   | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 9.  | A ka të përziera, të vjella?                     | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 10. | A ka dhembje barku ose diare?                    | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 11. | A ka ekzema në lëkurë?                           | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |

Shënime të mjekut:

.....  
Nënshkrimi

.....  
Nënshkrimi i mjekut

استبيان لمعرفة التاريخ المرضي - البالغون  
(نرجو تحديد الموجود لديكم وتسليم الاستبيان للطبيب!)

التاريخ: .....

البيانات الشخصية شاملة رقم التعريف الضريبي/الاقتصادي/الملف (ZAB):

الجنس:  ذكر  أنثى  
 شخص وحده  أسرة

الحمل: ..... الشهر: .....

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	1. هل أنت مريض؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	2. هل تتناول أدوية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	3. هل تم تطعيمك ضد الأمراض؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	4. هل تم عمل اختبار لديك للجلد لمعرفة وجود مرض السل؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	5. هل لديك أو كان لديك مرض معدي؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الدرن (السل)؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	فيروس الالتهاب الكبدي
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	فيروس نقص المناعة (HIV)؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	جدري الماء؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حصبة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	حصبة ألمانية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	دفتريا؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	الزهري؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أمراض جنسية أخرى؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	التيفود، شبيه التيفود؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	كوليرا؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	6. هل تعاني من آلام؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	7. هل لديك أو كانت لديك حمى في الأسابيع الستة الأخيرة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	8. هل تعاني من كحة شديدة؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	9. هل تعاني من الغثيان، القيء؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	10. هل تعاني من تقلصات بالمعدة أو إسهال؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	11. هل لديك دم بالبراز؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	12. هل تعاني من آلام أثناء التبول؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	13. هل يوجد طفح جلدي؟

التوقيع

ملاحظات الطبيب:

توقيع الطبيب

استبيان لمعرفة التاريخ المرضي - الأطفال

(نرجو تحديد الموجود لديكم وتسليم الاستبيان للطبيب!)  
البيانات الشخصية شاملة رقم التعريف الضريبي/الاقتصادي/الملف (ZAB):

التاريخ: .....

الجنس:  ذكر  أنثى  الجنسية: ..... العمر: .....

1.	هل طفلك مريض؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
2.	هل يتناول طفلك أدوية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
3.	هل تم تطعيم طفلك ضد أمراض؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
4.	هل تم عمل اختبار لدى طفلك للجلد لمعرفة وجود مرض السل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
5.	هل لدى طفلك أو كان لديه مرض معدي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	الدرن (السل)؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	فيروس الالتهاب الكبدي	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	جدري الماء؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	النكاف؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	حصبة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	حصبة ألمانية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
	دفتريا؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
6.	هل يعاني طفلك من آلام؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
7.	هل يعاني طفلك من الحمى؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
8.	هل يعاني طفلك من كحة شديدة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
9.	هل يعاني طفلك من الغثيان، القيء؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
10.	هل يعاني طفلك من تقلصات بالمعدة أو الإسهال؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
11.	هل يعاني طفلك من طفح جلدي؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

التوقيع

ملاحظات الطبيب:

توقيع الطبيب

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - odrasli

(Molimo vas da odgovor označite križićem i predate ljekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum: .....

Spol:            muški                ženski      
                  jedna osoba             familija                Nacionalnost: ..... Trudnoća:..... mjesec

- 
- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Da li ste bolesni?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Da li uzimate lijekove?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Da li ste vakcinisani protiv bolesti?                             | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Da li Vam je urađen test kože na tuberkulozu?                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Da li imate ili ste imali neku zaraznu bolest?                    | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sušicu (tuberkulozu)?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | HIV?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Vodene kozice?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Ospice?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolu?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Difteriju?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sifilis (lues)?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Ostale spolne bolesti?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Tifus, paratifus?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Koleru?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Da li imate bolove?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Da li imate ili ste u zadnjih 6 sedmica imali visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Da li imate jaki kašalj?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Da li imate mučninu ili povraćate?                                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li imate grčeve u stomaku ili proljev?                         | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li imate krv u stolici?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 12. | Da li imate bolove kod urinisanja?                                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 13. | Da li imate osip po koži?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena ljekara:

.....  
Potpis ljekara

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - djeca

(Molimo vas da odgovore označite križićem i predate ljekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum: .....

Spol:      muški          ženski          Nacionalnost: .....      Starost:.....

- 
- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Da li je Vaše dijete bolesno?                           | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Da li Vaše dijete uzima neke lijekove?                  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Da li je Vaše dijete vakcinisano protiv bolesti?        | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Da li je Vašem djetetu urađen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Da li Vaše dijete ima ili je imalo neku zaraznu bolest? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sušicu (tuberkulozu)?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Vodene kozice?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Zauške?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Ospice?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolu?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Difteriju?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Da li Vaše dijete ima bolove?                           | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Da li Vaše dijete ima visoku temperaturu?               | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Da li Vaše dijete ima jaki kašalj?                      | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Da li Vaše dijete ima mučninu ili povraća?              | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li Vaše dijete ima bolove u stomaku ili proljev?     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li Vaše dijete ima osip po koži?                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena ljekara:

.....  
Potpis ljekara



病历问卷调查表 – 成人  
(请在符合处打勾并转交给医生!)

个人身份说明, 包括 ZAB-识别号:

日期: .....

性别:       男              女         
              个人              家庭团体          国籍: .....

怀孕期: ..... 月

- |     |                   |   |                          |   |                          |
|-----|-------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1.  | 您生病了吗?            | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | 您服药吗?             | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | 您被注射过预防疾病的疫苗吗?    | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | 您曾做过结核病方面的皮肤化验吗?  | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | 您患有或曾患有传染性疾病吗?    | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 肺结核 (结核病)?        | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 肝炎?               | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 艾滋病?              | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 水痘?               | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 麻疹?               | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 风疹?               | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 白喉?               | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 梅毒 (Lues)?        | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 其他性病?             | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 伤寒、副伤寒?           | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
|     | 霍乱?               | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | 您有疼痛吗?            | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | 您在最近 6 周内发烧或发过烧吗? | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | 您有严重的咳嗽吗?         | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | 您恶心、呕吐吗?          | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 10. | 您有腹部绞痛或腹泻吗?       | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 11. | 您的大便中有血吗?         | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 12. | 您在小便时有疼痛吗?        | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |
| 13. | 您有皮疹吗?            | 是 | <input type="checkbox"/> | 否 | <input type="checkbox"/> |

.....  
签名

医生的备注:

.....  
医生签名

**病历问卷调查表 – 儿童**  
(请在符合处打勾并转交给医生!)

个人身份说明, 包括 ZAB-识别号:

日期: .....

性别:      男            女            国籍: .....

年龄: .....

- 
- |                         |                            |                            |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. 您的孩子生病了吗?            | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 2. 您的孩子服药吗?             | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 您的孩子被注射过预防疾病的疫苗吗?    | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 4. 您的孩子曾经做过结核病方面的皮肤化验吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 5. 您的孩子患有传染性疾病吗?        | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 肺结核 (结核病)?              | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 肝炎?                     | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 水痘?                     | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 腮腺炎?                    | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 麻疹?                     | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 风疹?                     | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 白喉?                     | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 6. 您的孩子有疼痛吗?            | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 7. 您的孩子发烧吗?             | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 8. 您的孩子严重咳嗽吗?           | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 9. 您的孩子恶心、呕吐吗?          | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 10. 您的孩子有腹部绞痛或腹泻吗?      | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 11. 您的孩子有皮疹吗?           | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |

.....  
签名

医生的备注:

.....  
医生签名

ضمیمه 1.2

( پاراگراف 1، شماره 3.2 جمله 2 )

پرسشنامه برای بررسی تاریخچه پزشکی- بزرگسالان

( لطفا همانطور که مناسب است تیک بزنید و سپس تحویل پزشک بدهید )

جزئیات شخصی از جمله شماره هویت زاب

.....

جنسیت: مرد فردی زن جمعیت خانواده ملیت: باردار: ماه

1. آیا شما بیمار هستید؟ ..... بله... خیر

2. آیا شما درمان می شوید؟ ..... بله... خیر

3. آیا شما در مقابل بیماری واکسینه شده اید؟ ..... بله... خیر

4. آیا شما آزمایش پوستی بخاطر سل انجام داده اید؟ ..... بله... خیر

سل؟ ..... بله... خیر

هیپاتیت؟ ..... بله... خیر

اچ آی وی ( ویروس ایدز )؟ ..... بله... خیر

آبله مرغان؟ ..... بله... خیر

سرخک؟ ..... بله... خیر

سرخچه؟ ..... بله... خیر

دیفتری؟ ..... بله... خیر

سیفلیس؟ ..... بله... خیر

سایر بیماریهای منتقل شده از طریق جنسی؟ ..... بله... خیر

حصبه، شبه حصبه؟ ..... بله... خیر

- . وبا؟ ..... بله... خیر
6. آیا شما درد دارید؟ ..... بله... خیر
- 7 آیا شما تب دارید یا طی شش هفته گذشته تب داشته اید؟ ..... بله... خیر
8. آیا شما سرفه دارید؟ ..... بله... خیر
9. آیا شما تهوع، استفراغ دارید؟ ..... بله... خیر
10. آیا شما شکم درد، یا اسهال دارید؟ ..... بله... خیر
11. آیا شما در مدفوع تان خون دارید؟ ..... بله... خیر
12. آیا وقتی که ادرار می کنید درد دارید؟ ..... بله... خیر
13. آیا شما حساسیت پوستی دارید؟ ..... بله... خیر

.....

امضاء

شرح پزشک

.....

امضاء پزشک

## ضمیمه 2.2

( پاراگراف 1 شماره 3.2 جمله 2)

پرسشنامه برای بررسی تاریخچه پزشکی- کودکان

( لطفا همانطور که مناسب است تیک بزنید و سپس تحویل پزشک بدهید)

تاریخ:

جزئیات شخصی از جمله شماره هویت زاب

سن:

ملیت: .....

زن

مرد

جنسیت:

1. آیا شما بچه مریض دارید؟ ..... بله... خیر

2. آیا بچه شما درمان می شود؟ ..... بله... خیر

3. آیا بچه شما در مقابل بیماریها واکسینه شده است؟.....بله...خیر
4. آیا بچه شما آزمایش پوستی بخاطر سل انجام داده است؟.....بله...خیر
- سل؟.....بله...خیر
- هپاتیت؟.....بله...خیر
- آبله مرغان؟.....بله...خیر
- اریون؟.....بله...خیر
- سرخک؟.....بله...خیر
- سرخچه؟.....بله...خیر
- دیفتری؟.....بله...خیر
6. آیا بچه شما درد دارد؟.....بله...خیر
7. آیا بچه شما طب دارد؟.....بله...خیر
8. آیا بچه شما سرفه شدید دارد؟.....بله...خیر
9. آیا بچه شما تهوع، استفراغ دارد؟.....بله...خیر
10. آیا بچه شما شکم درد یا اسهال دارد؟.....بله...خیر
11. آیا بچه شما حساسیت پوستی دارد؟.....بله...خیر

امضاء

شرح پزشک

.....

امضاء پزشک

## Anamnesis Questionnaire – Adult

(Please mark with a cross where applicable and hand over to the doctor!)

Personal data, including ZAB identification number:

Date: .....

Gender:                    male                     female                     Nationality: .....                    Pregnancy: ..... Month  
                                  Single person                     Family

- |     |  |                              |                             |
|-----|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Are you sick?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Are you taking medication?                               | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Are you immunised against diseases?                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Did you undergo a skin test for tuberculosis?            | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Do you have or have you had an infectious disease?       | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Consumption (Tuberculosis)?                              | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | HIV?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Chickenpox?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Measles?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | German measles?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Diphtheria?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Syphilis (Lues)?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | other sexually transmitted disease?                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Typhoid, paratyphoid fever?                              | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Cholera?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Do you have aches?                                       | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Do you have or have you had a fever in the last 6 weeks? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Do you have a severe cough?                              | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Are you nauseous, are you vomiting?                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. | Do you have stomach cramps or diarrhoea?                 | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. | Is there blood in your stool?                            | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. | Does it hurt when you urinate?                           | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. | Do you have a rash?                                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Signature

Doctor's remark:

.....  
Doctor's signature

### Anamnesis Questionnaire - Children

(Please mark with a cross where applicable and hand over to the doctor!)

Personal data, including ZAB identification number:

Date: .....

Gender: male  female  Nationality: ..... Age: .....

- 
- |     |   |                              |                             |
|-----|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Is your child sick?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Is your child taking medication?                                | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Is your child immunised against diseases?                       | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Did your child undergo a skin test for tuberculosis?            | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Does the child have or has the child had an infectious disease? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Consumption (tuberculosis)?                                     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Chickenpox?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Mumps?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Measles?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | German measles?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Diphtheria?   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Does your child have aches?                                     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Does your child have a fever?                                   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Does your child have a severe cough?                            | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Is your child nauseous, is he/she vomiting?                     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. | Does your child have stomach cramps or diarrhoea?               | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. | Does your child have a rash?                                    | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Signature

Doctor's remark:

.....  
Doctor's signature

**Questionnaire sur l'anamnèse – adultes**

(Cocher les cases correspondantes et remettre au médecin !)

Données personnelles, n° d'identification de l'autorité centrale des étrangers (ZAB) inclus:      Date: .....

Sexe:            masculin       féminin       Nationalité: .....      Grossesse:      ..... Mois  
                  Individu            Association familiale

- 
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Êtes-vous malade ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous des médicaments ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Êtes-vous vacciné contre des maladies ?                                  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous passé un test cutané de tuberculose ?                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous/ avez-vous eu une maladie contagieuse ?                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Phtisie (Tuberculose pulmonaire) ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Hépatite ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| VIH ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Varicelle ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Rougeoles ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Rubéole ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Diptérie ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Syphilis (Lues) ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Autres maladies vénériennes ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Typhus, Paratyphus ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Choléra ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous des douleurs ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous/ avez-vous eu de la fièvre au cours des 6 dernières semaines ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. Souffrez-vous d'une toux grave ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous des nausées, des vomissements ?                                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous des crampes au ventre ou de la diarrhée ?                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 11. Avez-vous du sang dans les selles ?                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous des douleurs lors de la miction ?                             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 13. Souffrez-vous d'un exanthème ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

.....  
Signature

Observations du médecin:

.....  
Signature du médecin



### Questionnaire sur l'anamnèse - enfants

(Cocher les cases correspondantes et remettre au médecin !)

Données personnelles, n° d'identification de l'autorité centrale des étrangers (ZAB) inclus:      Date: .....

Sexe:      masculin       féminin       Nationalité: .....      Age: .....

- 
- |     |   |                              |                              |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1.  | Votre enfant, est-il malade ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Est-ce que votre enfant prend des médicaments ?                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Est-ce que votre enfant est vacciné contre des maladies ?               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Est-ce que votre enfant a passé un test cutané de tuberculose ?         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Est-ce que votre enfant souffre/ a souffert d'une maladie contagieuse ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Phtisie (tuberculose pulmonaire) ?                                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Hépatite ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Varicelle ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Oreillons ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Rougeole ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Rubéole ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
|     | Diphtérie ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Est-ce que votre enfant a des douleurs ?                                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Est-ce que votre enfant a de la fièvre ?                                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Est-ce que votre enfant a une toux grave ?                              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Est-ce que votre enfant a des nausées, des vomissements ?               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 10. | Est-ce que votre enfant a des crampes du ventre ou de la diarrhée ?     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 11. | Est-ce que votre enfant a un exanthème ?                                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

.....  
Signature

Observations du médecin:

.....  
Signature du médecin

### ანამნეზის შესაკრები ანკეტა – ზრდასრულთათვის

(გთხოვთ, შემოხაზოთ შესაბამისი პასუხი და გადასცეთ ექიმს!)

პირადი მონაცემები, მათ შორის უცხოელთა მონაცემების ცენტრალური უწყების

საიდენტიფიკაციო ნომერი:

თარიღი: .....

სქესი: მამრობითი  მდედრობითი  ეროვნება: ..... ორსულობა: ..... თვე  
ცალკე პირი  ოჯახი

- |     |   |                             |                              |
|-----|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1.  | ხართ თუ არა ავად?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 2.  | იღებთ თუ არა წამლებს?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 3.  | ხართ თუ არა აცრილი დაავადებებზე?                                  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 4.  | გაკეთებული გაქვთ თუ არა კანის ტესტი ტუბერკულოზზე?                 | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 5.  | გაქვთ თუ არა, ან გქონიათ თუ არა გადამდები დაავადება?              | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჭლექი (ტუბერკულოზი)?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჰეპატიტი?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | აივ-ინფექცია?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჩუტყვავილა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითელა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითურა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | დიფტერია?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | სიფილისი (ათაშანგი)?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | სხვა ვენერიული დაავადება?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ტიფი, პარატიფი?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ქოლერა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 6.  | გაქვთ თუ არა ტკივილები?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 7.  | გაქვთ თუ არა, ან ბოლო 6 კვირის განმავლობაში გქონდათ თუ არა სიცხე? | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 8.  | გაქვთ თუ არა ძლიერი ხველა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 9.  | გაქვთ თუ არა გულის რევა, პირღებინება?                             | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 10. | გაწუხებთ თუ არა მუცლის ჭვალი ან ფაღარათი?                         | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 11. | გაქვთ თუ არა სისხლიანი განავალი?                                  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 12. | გაქვთ თუ არა ტკივილი შარდვის დროს?                                | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 13. | გაქვთ თუ არა კანზე გამონაყარი?                                    | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |

.....  
ხელმოწერა

ექიმის შენიშვნა:

.....  
ექიმის ხელმოწერა

### ანამნეზის შესაკრები ანკეტა – ბავშვებისთვის

(გთხოვთ, შემოხაზოთ შესაბამისი პასუხი და გადასცეთ ექიმს!)

პირადი მონაცემები, მათ შორის უცხოელთა მონაცემების ცენტრალური უწყების

საიდენტიფიკაციო ნომერი:

თარიღი: .....

სქესი: მამრობითი  მდედრობითი  ეროვნება: .....

ასაკი: .....

- |     |  |                             |                              |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1.  | არის თუ არა თქვენი შვილი ავად?                                 | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 2.  | იღებს თუ არა თქვენი შვილი წამლებს?                             | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 3.  | არის თუ არა თქვენი შვილი აცრილი დაავადებებზე?                  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 4.  | გაკეთებული აქვს თუ არა თქვენ შვილს კანის ტესტი ტუბერკულოზზე?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 5.  | აქვს თუ არა, ან ჰქონია თუ არა თქვენ შვილს გადამდები დაავადება? | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჭლექი (ტუბერკულოზი)?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჰეპატიტი?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ჩუტყვავილა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | ყბაყურა?   | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითელა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | წითურა?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
|     | დიფთერია?  | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 6.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს ტკვილები?                              | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 7.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს სიცხე?                                 | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 8.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს ძლიერი ხველა?                          | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 9.  | აქვს თუ არა თქვენ შვილს გულის რევა, პირღებინება?               | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 10. | აწუხებს თუ არა თქვენ შვილს მუცლის ჰვალი ან ფაღარათი?           | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |
| 11. | აქვს თუ არა თქვენ შვილს კანზე გამონაყარი?                      | კი <input type="checkbox"/> | არა <input type="checkbox"/> |

.....  
ხელმოწერა

ექიმის შენიშვნა:

.....  
ექიმის ხელმოწერა

## इतिहास की सर्वेक्षण के लिए प्रश्नावली – वयस्कों के लिए

(जो आप के लिए ठीक हैं उन पर टिक करें और डॉक्टर को सौंप दें !)

व्यक्तिगत विवरण, केंद्रीय आप्रवासन कार्यालय के साथ- पहचान संख्या:

तिथि: .....

लिंग: नर  महिला  राष्ट्रीयता: ..... गर्भवती भेड़: ..... माह  
 व्यक्तिगत  परिवार एसोसिएशन

- |   |                              |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. क्या आप बीमार हैं ?                                  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 2. क्या आप दवाईयाँ लैते हैं ?                           | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 3. क्या आप को बीमारीयों के खिलाफ टीके लगाए गए हैं ?     | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 4. क्या आप का कोई तपेदिक के लिए स्किन टैसट लिया गया है? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 5. क्या आप को कोई छूत की बीमारी है या थी ?              | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| फेफड़े का क्षयरोग (तपेदिक)?                             | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| हेपेटाइटिस ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| एचआईवी ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| चेचक ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| खसरा ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| रूबेला ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| डिफ्टेरिया ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| सिफलिस (उपदंश)?   | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| अन्य यौन संचारित रोग ?                                  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| टाइफाइड, मियादी बुखार ?                                 | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| हैजा ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 6. क्या आपको दर्द हो रहा है ?                           | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 7. क्या आपको पिछले 6 हफ्तों में बूखार हुआ है या था ?    | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 8. क्या आपको बुरी खाँसी है ?                            | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 9. क्या आपको मतली, उल्टी होती है ?                      | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 10. क्या आपके पेट में ऐंठन या दस्त हैं ?                | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 11. क्या आपके पाखाना में रक्त है ?                      | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 12. क्या आपको पेशाब करते हुए दरद होती है ?              | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 13. क्या आपको लाल चकत्ते हैं ?                          | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |

डॉक्टर की तरफ से टिप्पणियां :

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर डॉक्टर

## इतिहास की सर्वेक्षण के लिए प्रश्नावली - बच्चों के लिए

(जो आप के लिए ठीक हैं उन पर टिक करें और डॉक्टर को सौंप दें !)

व्यक्तिगत विवरण, केंद्रीय आप्रवासन कार्यालय के साथ- पहचान संख्या:

तिथि: .....

लिंग: नर  महिला  राष्ट्रीयता: ..... उमर: .....

- |   |                              |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1. क्या आपका बच्चा बीमार हैं?                                   | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 2. क्या आपका बच्चा कोई दवाईयाँ लैते है ?                        | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 3. क्या आपके बच्चे को बीमारीयों के खिलाफ टीके लगाए गए हैं ?     | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 4. क्या आपके बच्चे का कोई तपेदिक के लिए स्किन टैसट लिया गया है? | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 5. क्या आपके बच्चे को कोई छूत की बीमारी है या थी ?              | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| फेफड़े का क्षयरोग (तपेदिक)?                                     | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| हेपेटाइटिस ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| चेचक ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| कण्ठमाला का रोग ?   | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| खसरा ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| रूबेला ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| डिफ्टेरिया ?  | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 6. क्या आपके बच्चे को दर्द हो रहा है ?                          | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 7. क्या आपके बच्चे को बूखार है ?                                | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 8. क्या आपके बच्चे को बुरी खाँसी है ?                           | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 9. क्या आपके बच्चे को मतली, उल्टी होती है ?                     | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 10. क्या आपके बच्चे के पेट में ऐंठन या दस्त हैं ?               | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |
| 11. क्या आपके बच्चे को लाल चकत्ते हैं ?                         | हाँ <input type="checkbox"/> | नहीं <input type="checkbox"/> |

डॉक्टर की तरफ से टिप्पणियां :

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर डॉक्टर

## Questionario per la rilevazione dell'anamnesi - adulti

(Si prega di segnare con una crocetta ciò che interessa e di consegnare al medico!)

Dati personali, compreso il codice di identificazione presso la centrale dell'autorità per gli stranieri (ZAB):

Data: .....

Sesso:        maschile         femminile         Nazionalità: .....        Gravidanza:        ..... mese  
 Persona singola         Gruppo familiare

- 
- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Lei è malato?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Lei assume dei medicinali?                                      | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Lei è stato vaccinato contro delle malattie?                    | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. È stato effettuato su di Lei un test cutaneo sulla tubercolosi? | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Lei ha oppure ha avuto una malattia infettiva?                  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tisi (Tubercolosi)?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Epatite?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| HIV?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Varicella?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Morbillo?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Rosolia?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Difterite?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Sifilide (lue)?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie veneree?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tifo, paratifo?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Colera?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Lei ha dei dolori?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Lei ha o ha avuto febbre nelle ultime 6 settimane?              | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. Lei ha forte tosse?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. Lei ha nausea, vomito?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. Lei ha crampi al ventre o diarrea?                             | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. Lei ha sangue nelle feci?                                      | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. Lei sente dolore durante la minzione (urina)?                  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. Lei ha eruzioni cutanee?                                       | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Firma

Annotazione del medico:

.....  
Firma del Medico

## Questionario per la rilevazione dell'anamnesi - bambini

(Si prega di segnare con una crocetta ciò che interessa e di consegnare al medico!)

Dati personali, compreso il codice di identificazione presso la centrale dell'autorità per gli stranieri (ZAB):

Data: .....

Sesso:      maschile       femminile       Nazionalità: .....      Età: .....

- 
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.    Suo figlio è malato?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.    Suo figlio assume dei medicinali?                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.    Suo figlio è stato vaccinato contro delle malattie?                 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.    È stato effettuato su Suo figlio un test cutaneo sulla tubercolosi? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.    Suo figlio ha oppure ha avuto una malattia infettiva?               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tisi (Tubercolosi)?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Epatite?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Varicella?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Orecchioni?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Morbillo?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Rosolia?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Difterite?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.    Suo figlio ha dei dolori?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.    Suo figlio ha febbre?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.    Suo figlio ha forte tosse?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.    Suo figlio ha nausea, vomito?                                       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10.   Suo figlio ha crampi al ventre o diarrea?                           | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11.   Suo figlio ha eruzioni cutanee?                                     | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Firma

Annotazione del medico:

.....  
Firma del medico

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - odrasli

(Molimo vas da odgovarajuće označite križićem i predate liječniku!)

Osobni podaci, uključujući ZAB identifikacijski broj:

Datum: .....

Spol:            muški                ženski      
                  jedna osoba             obitelj                Nacionalnost: ..... Trudnoća:..... mjesec

- 
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Jeste li bolesni?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2. Uzimate li lijekove?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3. Jeste li cijepljeni protiv bolesti?                                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4. Je li Vam napravljen test kože na tuberkulozu?                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5. Imate li ili ste imali neku zaraznu bolest?                        | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Sušicu (tuberkulozu)?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Vodene kozice?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ospice?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Rubeolu?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Difteriju?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Sifilis (lues)?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ostale spolne bolesti?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Tifus, paratifus?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| Koleru?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6. Imate li bolove?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7. Imate li ili ste u posljednjih 6 tjedana imali visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8. Imate li jaki kašalj?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9. Imate li mučninu, povraćate li?                                    | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. Imate li grčeve u želucu ili proljev?                             | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. Imate li krv u stolici?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 12. Imate li bolove prilikom uriniranja?                              | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 13. Imate li osip po koži?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena liječnika:

.....  
Potpis liječnika



## Upitnik za utvrđivanje anamneze - djeca

(Molimo vas da odgovarajuće označite križićem i predate liječniku!)

Osobni podaci, uključujući ZAB identifikacijski broj:

Datum: .....

Spol:        muški            ženski            Nacionalnost: .....        Starost:.....

- 
- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Je li Vaše dijete bolesno?                               | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Uzima li Vaše dijete lijekove?                           | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Je li Vaše dijete cijepljeno protiv bolesti?             | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Je li Vašem djetetu napravljen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Ima li ili je Vaše dijete imalo neku zaraznu bolest?     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sušicu (tuberkulozu)?                                    | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Vodene kozice?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Mumps (zauške)?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Ospice?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolu?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Difteriju?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Ima li Vaše dijete bolove?                               | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Ima li Vaše dijete visoku temperaturu?                   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Ima li Vaše dijete jaki kašalj?                          | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Ima li Vaše dijete mučninu ili povraća?                  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Ima li Vaše dijete bolove u želucu ili proljev?          | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Ima li Vaše dijete osip po koži?                         | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena liječnika:

.....  
Potpis liječnika

## Pirsnameya Lêkolîna Dîroka Bijîşkî - Mezinsal

(Kerema xwe bijara kêrhatî bijêre û paşê radestî Doktor bike)

Agahîyê şexsî, pêkhatî ji jimareya nasnameya ZAB

Roj: .....

Regez: Mêr  Jin  Netewe: .....Pêgiranî:..... Meh  
Şexsî  Bi malbatî

- 
- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Tu nexweşî?                                    | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 2. Tu hatî tedawî kirin?                          | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 3. Li hember nexweşîya tu hatî vaksîne kirin?     | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 4. We taqîya kevlî bo êşa zirav pêk anî ye?       | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 5. We qet nexweşîyê vegir hebû ye?                | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Êşa zirav (TB)?                                   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Cerg kulî?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| HîV?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Mîrkutik?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Sorik?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Sorêje?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Duşaxe?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Agire?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Nexweşîyê dî yê veguhestî pê têkilîya seksî?      | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Giraneta, paratîfoîd?                             | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Kolera?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 6. Qet we êş heye?                                | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 7. Şeş mehên çûyî heta niha qet we ta hebû ye?    | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 8. We qet kuxikê hişk hebûne?                     | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 9. Qet êlincê we rabûnê, te werêşandî ye?         | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 10. We qet zikêş girtîye, yan zikçûna te hebû ye? | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 11. Nava destava te ya stûr da qet xwîn hebû ye?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 12. Di maweya destava zirav da te qet êş hebû ye? | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 13. We qet zipik hebû ye?                         | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |

.....  
Îmza

Nîvsa bijîşk:

.....  
Îmzaya Bijîşk

Pêveka 2.1

(Benda 1, Jimareya. 2.3, Hevoka 2)

## Pirsnameya Lêkolîna Dîroka Bijîşkî - Mezînsal

(Kerema xwe bijara kêrhatî bijêre û paşê radestî Doktor bike)

Agahîyê şexsî, pêkhatî ji jimareya nasnameya ZAB

Roj: .....

Regez: Mêr  Jin  Netewe: .....

Temen:.....

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Zarroka/ê te qet nexweş ketîye?                        | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 2. Zarroka/ê te qet hatîye tedawî kirin?                  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 3. Zarroka/ê te Li hember nexweşîya hatîye vaksîne kirin? | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 4. Zarroka/ê te taqîya kevlî bo êşa zirav pêk anî ye?     | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 5. Zarroka/ê te qet nexweşîyê vegir hebû ye?              | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Êşa zirav (TB)?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Cerg kulî?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Mîrkutik?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Bineguh?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Sorik?  | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Sorêje?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| Duşaxe?   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 6. Zarroka/ê te heta niha qet êş hebû ye?                 | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 7. Heta niha Zarroka/ê te ta hebû ye?                     | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 8. Zarroka/ê te qet kuxikê hişk hebûne?                   | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 9. Qet êlincê zarroka/ê te rabûn ye, yab werêşandî ye     | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 10. Zarroka/ê te qet zikêş girtî ye, yan zikçûna he bûye? | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |
| 11. Zarrokê te qet zipik hebû ye?                         | Erê <input type="checkbox"/> | Na <input type="checkbox"/> |

.....  
Îmza

Nîvsa bijîşk:

.....  
Îmzaya Bijîşk

## Прашалник за прибирање информации за анамнеза - возрасен

(молиме да се штиклира соодветното и да му се предаде на лекарот!)

Податоци за лицето вклучително го и идентификацискиот број ZAB:

Датум: .....

Пол:            машки        женски        Националност: .....    Бременост:    ..... месец  
Индивидуално        Склоп од семејство   

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Дали сте болни?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 2. Дали земате лекови?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 3. Дали сте вакцинирани против болести?                         | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 4. Дали Ви е извршен тест на кожа против туберкулоза?           | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 5. Дали имате или сте имале некаква заразна болест?             | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Офтика (туберкулоза)?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Хепатитис?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| ХИВ?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Варичела?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Сипаници?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Рубеола?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Дифтерија?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Сифилис (луес)?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Друга полова болест?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Тифус, паратифус?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| Колера?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 6. Дали имате болки?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 7. Дали имате или сте имале температура во последните 6 недели? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 8. Дали имате силна кашлица?                                    | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 9. Дали имате гадење, повраќање?                                | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 10. Дали имате грчеви во stomachот или пролив?                  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 11. Дали имате крв во столицата?                                | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 12. Дали имате болки при мокрење?                               | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 13. Дали имате осипи на кожата?                                 | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |

Забелешка од лекарот:

.....  
Потпис

.....  
Потпис на лекарот

## Прашалник за прибирање информации за анамнеза - деца

(молиме да се штиклира соодветното и да му се предаде на лекарот!)

Податоци за лицето вклучително го и идентификацискиот број ZAB:

Датум: .....

Пол: машки  женски  Националност: ..... Возраст: .....

- 
- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Дали е болно Вашето дете?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Дали Вашето дете зема лекови?                                     | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Дали Вашето дете е вакцинирано против болести?                    | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Дали кај Вашето дете е спроведен тест на кожа против туберкулоза? | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Дали Вашето дете има или имало заразна болест?                    | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | Офтика (туберкулоза)?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | Хепатитис?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | ХИВ?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | Варичела?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | Сипаници?   | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | Рубеола?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
|     | Дифтерија?  | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Дали Вашето дете има болки?                                       | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Дали Вашето дете има температура?                                 | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Дали Вашето дете има силна кашлица?                               | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Дали Вашето дете има гадење, повраќање?                           | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 10. | Дали Вашето дете има грчеви во стомакот или пролив?               | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |
| 11. | Дали Вашето дете има осипи на кожата?                             | Да <input type="checkbox"/> | Не <input type="checkbox"/> |

.....  
Потпис

Забелешка од лекарот:

.....  
Потпис на лекарот

## ضمیمه 2.1

(د مورد 1 لمبر 2.3، جمله 2 په اړه)

## د یادوني پوښتنلیک - لویان

(مهرباني وکړئ چیرې چې اړوند وي چلییا سره یې په نښه کړئ او ډاکټر ته یې وسپارئ)  
شخصي دیتا، پشمول د ZAB د پیژندنې لمبر:

نېټه: .....

بلا ریتوب..... میاشت

تابعیت: .....

 بنځینه نارینه

جنسیت:

 کورنی یووستوی فرد

- |                          |    |                          |    |   |
|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 1. آیا تاسې ناروغ یې؟                                     |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 2. آیا تاسې درمل خورئ؟                                    |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 3. آیا تاسې د ناروغیو پر وړاندې واکسین شوي یې؟            |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 4. آیا تاسې د ټوبرکلوز لپاره د پوټکي ټیسټ کړی دی؟         |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 5. آیا تاسې عفوني ناروغی لری یا مو درلودله؟               |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | نری رنځ (ټوبرکلوز)؟                                       |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | زیرې؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | ایچ. آی. وی؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | میانه؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | شری؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | آلماني شری؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | دیفتري؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | سیفلیس (لوس)؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | د جنسي لاری لیریدونکي نوری ناروغی؟                        |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | ټایفایډ، پار اټایفایډ تبه؟                                |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | کولرا؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 6. آیا تاسې دردونه لری؟                                   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 7. آیا تاسې تبه لری یا په تیرو 6 اونیو کې مو تبه درلودلې؟ |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 8. آیا تاسې شدید ټوخی لری؟                                |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 9. آیا تاسې زړه بدی لری، آیا ګرځون کوئ؟                   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 10. آیا تاسې د نس پیچ یا نس ناستی لری؟                    |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 11. آیا ستاسې بولو کې وینه راځي؟                          |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 12. کله چې تاسې متیازی کوئ درد کوي؟                       |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 13. آیا په تاسې داني شته؟                                 |

لاسلیک

د ډاکټر ملاحظات:

د ډاکټر لاسلیک

## ضمیمه 2.2

(د مورد 1 لمبر 2.3، جمله 2 په اړه)

## د یادونې پوښتنلیک - ماشومان

(مهرباني وکړئ چیرې چې اړوند وي چلیپا سره یې په نښه کړئ او ډاکټر ته یې وسپارئ)  
شخصي دیتا، پشمول د ZAB د پېژندنې لمبر:

نېټه: .....

عمر: .....

تابعیت: .....

 بنځینه نارینه

جنسیت:

- |                          |    |                          |    |  |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 1. آیا ستاسې ماشوم ناروغ دی؟                             |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 2. آیا ستاسې ماشوم درمل خوري؟                            |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 3. آیا ستاسې ماشوم د ناروغیو پر وړاندې واکسین شوی؟       |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 4. آیا ستاسې ماشوم د توبرکلوز لپاره د پوټکي ټیسټ کړی دی؟ |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 5. آیا ماشوم کومه عفوني ناروغي لري یا درلودلې یې ده؟     |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | نری رنځ (توبرکلوز)؟                                      |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | زیرې؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | میانه؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | ممپس؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | شری؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | آلماني شری؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | دیفتري؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 6. آیا ستاسې ماشوم دردونه لري؟                           |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 7. آیا ستاسې ماشوم تبه لري؟                              |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 8. آیا ستاسې ماشوم شدید توخی لري؟                        |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 9. آیا ستاسې ماشوم زری بدی لري، آیا هغه ګرځون کوي؟       |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 10. آیا ستاسې ماشوم د نس پیچ یا نس ناستی لري؟            |
| <input type="checkbox"/> | نه | <input type="checkbox"/> | هو | 11. آیا ستاسې ماشوم باندي داني دي؟                       |

لاسلیک

د ډاکټر ملاحظات:

د ډاکټر لاسلیک

ضمیمه 2.1

(پاراگراف 1, شماره 2.3, جمله 2)

پرسشنامه برای بررسی سابقه پزشکی – بزرگسالان

(لطفا جاهای مناسب را علامت بزنید و به پزشک تحویل دهید)

تاریخ:.....

اطلاعات شخصی از جمله شماره شناسایی ZAB

جنسیت: مرد  زن  ملیت:..... باردار:..... ماهه

خود فرد  افراد خانواده

- |                              |                              |   |
|------------------------------|------------------------------|---|
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 1. آیا بیمار هستید؟                                   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 2. آیا دارو مصرف می کنید؟                             |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 3. آیا در برابر بیماری ها واکسناسیون شده اید؟         |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 4. آیا برای بیماری سل آزمایش پوست داده اید؟           |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 5. آیا هیچ کدام از این بیماری های مسری را داشته اید؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سل (TB)؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | هیپاتیت؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | ایدز؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | آبله مرغان؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سرخک؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سرخجه؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | دیفتری؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سیفلیس؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سایر بیماری هایی که از طریق رابطه جنسی منتقل می شوند؟ |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | حصبه, شبه حصبه؟                                       |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | وبا؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 6. آیا درد دارید؟                                     |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 7. آیا اکنون تب دارید؟ در شش هفته گذشته چطور؟         |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 8. آیا سرما خوردگی شدید دارید؟                        |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 9. آیا حالت تهوع دارید, استفراغ می کنید؟              |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 10. آیا در ناحیه شکم درد دارید یا اسهال دارید؟        |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 11. آیا مدفوعتان خونی است؟                            |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 12. آیا همراه با درد ادرار می کنید؟                   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 13. آیا خارش دارید؟                                   |

.....  
امضاء

.....  
امضاء پزشک

ملاحظات پزشک:



ضمیمه 2.2

(پاراگراف 1, شماره 2.3, جمله 2)

پرسشنامه برای بررسی سابقه پزشکی – کودکان

(لطفا جاهای مناسب را علامت بزنید و به پزشک تحویل دهید)

اطلاعات شخصی از جمله شماره شناسایی ZAB

تاریخ:.....

سن:.....

ملیت:.....

جنسیت:  زن  مرد

- |                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 1. آیا فرزند شما بیمار است؟                                |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 2. آیا فرزند شما دارو مصرف می کند؟                         |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 3. آیا فرزند شما در برابر بیماری ها واکسناسیون شده است؟    |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 4. آیا فرزند شما برای بیماری سل آزمایش پوست داده است؟      |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 5. آیا فرزند شما هیچ کدام از این بیماری های مسری را داشته؟ |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سل (TB)؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | هیپاتیت؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | آبله مرغان؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | اوریون؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سرخک؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | سرخجه؟   |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | دیفتری؟  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 6. آیا فرزند شما درد دارد؟                                 |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 7. آیا فرزند شما تب دارد؟                                  |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 8. آیا فرزند شما سرما خوردگی شدید دارد؟                    |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 9. آیا فرزند شما حالت تهوع دارد, استفراغ می کند؟           |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 10. آیا فرزند شما در ناحیه شکم درد دارد یا اسهال دارد؟     |
| بله <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | 13. آیا فرزند شما خارش پوستی دارد؟                         |

.....

امضاء

.....

امضاء پزشک

ملاحظات پزشک:

### Questionário para a anamnese - adultos

(em caso afirmativo marcar com cruz e entregar ao médico!)

Datos pessoais, incluindo número de identificação da Autoridade Central de Estrangeiros (ZAB):

Data: .....

Sexo: masculino  feminino  nacionalidade: ..... gravidez: ..... mês  
pessoa individual  familia

- 
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está doente?                                     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 2. Toma medicamentos?                               | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 3. Está vacinado contra doenças?                    | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 4. Realizou-se um teste de pele de tuberculose?     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 5. Tem ou tinha uma doença contagiosa?              | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Hepatite?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Varicelas?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Sarampo?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Rubéola?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Difteria?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Sífilis?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Outras doenças venéreas?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Febre tifóide (tifo), febre paratífóide (paratifo)? | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Cólera?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem dores?                                       | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 7. Tem ou tinha febre nos últimos seis semanas?     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 8. Tem tosse forte?                                 | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 9. Tem náuseas, vomitos?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 10. Tem câibras abdominais ou diarreia?             | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 11. Tem sangue nas fezes?                           | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 12. Tem dor ao urinar?                              | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 13. Tem erupção cutânea?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |

.....  
Assinatura

Observação pelo médico:

.....  
assinatura médico

### Questionário para a anamnese - crianças

(em caso afirmativo marcar com cruz e entregar ao médico!)

Datos pessoais, incluindo número de identificação da Autoridade Central de Estrangeiros (ZAB):

Data: .....

Sexo: masculino  feminino  nacionalidade: ..... idade: .....

- 
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. A sua criança está doente?                                     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 2. A sua criança toma medicamentos?                               | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 3. A sua criança está vacinado contra doenças?                    | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 4. Realizou-se um teste de pele de tuberculose com a sua criança? | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 5. A sua criança tem ou tinha uma doença contagiosa?              | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Hepatite?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Varicelas?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Papeira?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Sarampo?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Rubéola?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Difteria?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 6. A sua criança tem dores?                                       | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 7. A sua criança tem febre?                                       | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 8. A sua criança tem tosse forte?                                 | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 9. A sua criança tem náuseas, vomitos?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 10. A sua criança tem câibras abdominais ou diarreia?             | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 11. A sua criança tem erupção cutânea?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |

.....  
Assinatura

Observação pelo médico:

.....  
assinatura médico

ਇਤਿਹਾਸ ਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਸਰਵੇਖਣ - ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ

(ਜਿੜਾ ਠੀਕ ਹੈ ਉਸ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੇ ਦੇਵੋ !)

ਨਿੱਜੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਕੇਦਰੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਫ਼ਤਰ - ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ:

ਮਿਤੀ: .....

ਲਿੰਗ: ਮਰਦ  ਔਰਤ  ਕੌਮੀਅਤ: .....  
 ਵਿਅਕਤੀਗਤ  ਪਰਿਵਾਰ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ

ਗਰਭਵਤੀ: ..... ਮਹੀਨਾ

- |  |                              |                               |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| 1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੀਮਾਰ ਹੋ ?                                   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲੈਂਦੇ ਹੋ ?                          | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 3. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੀ ਰੋਗ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਟੀਕਾ ਲਗਵਾਇਆ ਹੈ ?           | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 4. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਟਯੂਬਰਕਲੋਸਿਸ ਲਈ ਸਕਿਨ ਟੈਸਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ?      | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 5. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਛੂਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ ?              | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਫਿਥੀਸਿਸ (ਟੀ ਬੀ) ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਹੈਪਟਾਈਟਸ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਐਚਆਈਵੀ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਚੇਚਕ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਖਸਰਾ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਛੋਟੀ ਸੀਤਲਾ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਡਿਪਥੀਰੀਆ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਸਿਫਿਲਿਸ (ਲੂਇਸ)?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਿਨਸੀ ਰੋਗ ?                                      | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਟਾਈਫਾਈਡ, ਪੈਰਾਟਈਫੁਸ ?                                     | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਹੈਜ਼ਾ ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 6. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਰਦ ਹੈ ?                                   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 7. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 6 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿਚ ਬੁਖਾਰ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 8. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੰਦਾ ਖੰਘ ਹੈ ?                              | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 9. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਤਲੀ, ਉਲਟੀ ਹੈ ?                            | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 10. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪੇਟ ਵਿਚ ਦਰਦ ਜਾਂ ਦਸਤ ਹਨ ?                   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 11. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਟੱਟੀ ਵਿੱਚ ਖੂਨ ਹੈ ?                         | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 12. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਸ਼ਾਬ ਦਰਦ ਹੋਣ ਨਾਲ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ?             | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 13. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਧੱਫੜ ਪੈਂਦੇ ਹਨ ?                            | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |

ਦਸਤਖਤ

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨੋਟਿਸ :

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਇਤਿਹਾਸ ਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਸਰਵੇਖਣ - ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ

(ਜਿੜਾ ਠੀਕ ਹੈ ਉਸ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦੇਵੇ !)

ਨਿੱਜੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਕੇਦਰੀ ਵਿਦੇਸ਼ੀਆਂ ਦਾ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਫ਼ਤਰ - ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ:

ਮਿਤੀ: .....

ਲਿੰਗ: ਮਰਦ  ਔਰਤ  ਕੋਮੀਅਤ: .....

ਉਮਰ: .....

- |  |                              |                               |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| 1. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਬੀਮਾਰ ਹੈ ?                               | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 2. ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਂਦਾ ਹੈ ?                        | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 3. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਟੀਕੇ ਲਗਾਏ ਗਏ ਹਨ ? | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 4. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਟੀਬੀ ਦਾ ਸਕਿਨ ਟੈਸਟ ਹੋਇਆ ਹੈ ?           | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 5. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਛੂਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਸੀ ?        | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਫਿਥੀਸਿਸ (ਟੀ ਬੀ) ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਰੈਪੇਟਾਈਟਸ ?  | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਚੇਚਕ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਕੰਨ ਪੇੜੇ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਖਸਰਾ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਛੋਟੀ ਸੀਤਲਾ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| ਡਿਪਥੀਰੀਆ ?   | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 6. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਰਦ ਹੈ ?                              | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 7. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬੁਖਾਰ ਹੈ ?                           | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 8. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬੁਹਤ ਖੰਘ ਹੈ ?                        | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 9. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਤਲੀ, ਉਲਟੀ ਹੈ ?                      | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 10. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਪੇਟ ਵਿਚ ਦਰਦ ਜਾਂ ਦਸਤ ਹਨ ?             | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |
| 11. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਧੱਫੜ ਪੈਂਦੇ ਹਨ?                       | ਹਾਂ <input type="checkbox"/> | ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> |

.....  
ਦਸਤਖਤ

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨੋਟਿਸ :

.....  
ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

## Chestionar pentru anamneză – Adulți

(Vă rugăm marcați cu X caseta potrivită și să predați foaia medicului!)

Date personale, inclusiv numărul de identificare ZAB

Data: .....

Sex: bărbătesc  femeiesc  Naționalitate: ..... Sarcină: luna a .....

Persoană singură  Uniune de familie

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Sunteți bolnav/ă ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Luați medicamente ?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Sunteți vaccinat împotriva unor boli ?                        | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. S-a efectuat la dvs. un test pe piele pentru TBC (test IDR) ? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. Aveți sau ați avut o boală contagioasă?                       | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Tuberculoză ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Hepatită?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| HIV?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Vărsat de vânt?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rujeolă (pojar)?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rubeolă (pojărel)?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Difterie?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Sifilis (Lues)?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Alte boli venerice?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Tifos, paratifos ?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Holeră?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6. Aveți dureri?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7. Aveți febră sau ați avut febră în ultimele 6 săptămâni ?      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 8. Aveți o tuse puternică ?                                      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 9. Aveți greață sau vomitați ?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 10. Aveți crampe abdominale sau diaree?                          | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 11. Aveți sânge în scaune?                                       | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 12. Aveți dureri la urinare ?                                    | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 13. Aveți o erupție pe piele ?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |

.....  
Semnătura

Observații ale medicului:

.....  
Semnătura medic

## Chestionar pentru anamneză – Copii

(Vă rugăm marcați cu X caseta potrivită și predați foaia medicului!)

Date personale, inclusiv numărul de identificare ZAB

Data: .....

Sex:            bărbătesc             femeiesc             Naționalitate: .....            Vârsta: .....

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Copilul dvs. este bolnav?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Copilul dvs. ia medicamente ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Copilul dvs. este vaccinat împotriva unor boli?                      | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. S-a efectuat la copilul dvs. un test pe piele pentru TBC (test IDR)? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. Are sau a avut copilul dvs. o boală contagioasă?                     | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Tuberculoză?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Hepatită?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Vărsat de vânt ?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Oreion?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rujeolă (pojar)?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Rubeolă?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| Difterie?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 6. Are copilul dvs. dureri?   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 7. Are copilul dvs. febră?  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 8. Are copilul dvs. o tuse puternică?                                   | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 9. Are copilul dvs. greață sau vomită?                                  | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 10. Are copilul dvs. crampe abdominale sau diaree ?                     | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 11. Are copilul dvs. o erupție pe piele?                                | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |

.....  
Semnătura

Observații ale medicului:

.....  
Semnătura medic

### Анкета о состоянии здоровья - взрослые

(Просим нужное отметить крестиком и передать врачу!)

Личные данные, идентификационный № центрального ведомства по делам иностранцев: Дата: .....

Пол: мужской  женский  Национальность: ..... Беременность: ..... месяц  
Отдельное лицо (один)  Семейный союз

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Болеете ли Вы?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2. Принимаете ли Вы лекарства?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3. Имеет ли Вы прививки от болезней?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4. Была ли у Вас проведена кожная проба на туберкулёз?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5. Есть ли у Вас или перенесли ли Вы инфекционное заболевание?                                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Лёгочную чахотку (туберкулёз)?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Гепатит?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| ВИЧ?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Ветряную оспу?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Корь?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Краснуху?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Дифтерию?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Сифилис (люэс)?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Другие венерические болезни?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Тиф, паратиф?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Холеру?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6. Вам что-нибудь болит?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 7. Повышена ли у Вас температура или повышалась ли у Вас температура в течение последних 6 недель? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 8. Есть ли у Вас сильный кашель?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 9. Страдаете ли Вы от тошноты, рвоты?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 10. Есть ли у Вас спазмы желудка или понос?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 11. Наблюдается ли у Вас крованистый стул?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 12. Есть ли у Вас боли при мочеиспускании?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 13. Есть ли у Вас высыпания на коже?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

.....  
Подпись

Замечания врача

.....  
Подпись врача



### Анкета о состоянии здоровья - дети

(Просим нужное отметить крестиком и передать врачу!)

Личные данные, идентификационный № центрального ведомства по делам иностранцев: Дата: .....

Пол: мужской  женский  Национальность: ..... Возраст: .....

- 
- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Болеет ли Ваш ребёнок?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2. Принимает ли Ваш ребёнок лекарства?                            | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3. Имеет ли Ваш ребёнок прививки от болезней?                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4. Была ли у Вашего ребёнка проведена кожная проба на туберкулёз? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5. Имеет ли или перенёс ли Ваш ребёнок инфекционное заболевание?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Лёгочную чахотку (туберкулёз)?                                    | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Гепатит?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Ветряную оспу?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Свинку?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Корь?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Краснуху?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Дифтерию?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6. Вашему ребёнку что-нибудь болит?                               | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 7. Повышена ли у Вашего ребёнка температура?                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 8. Есть ли у Вашего ребёнка сильный кашель?                       | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 9. Страдает ли Ваш ребенок от тошноты, рвоты?                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 10. Есть ли у Вашего ребёнка спазмы желудка или понос?            | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 11. Есть ли у Вашего ребёнка высыпания на коже?                   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

.....  
Подпись

Замечания врача:

.....  
Подпись врача

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - odrasli

(Molimo vas da odgovor označite krstićem i predate lekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum: .....

Pol:            muški                ženski      
                  jedno lice               porodica               Nacionalnost: ..... Trudnoća:..... mesec

- 
- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Da li ste bolesni?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Da li uzimate lekove?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Da li ste vakcinisani protiv bolesti?                             | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Da li Vam je urađen test kože na tuberkulozu?                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Da li imate ili ste imali neku zaraznu bolest?                    | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sušicu (tuberkulozu)?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | HIV?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Varičela?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Male boginje?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolu?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Difteriju?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sifilis (lues)?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Ostale polne bolesti?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Tifus, paratifus?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Koleru?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Da li imate bolove?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Da li imate ili ste u zadnjih 6 sedmica imali visoku temperaturu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Da li imate jaki kašalj?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Da li imate mučninu ili povraćate?                                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li imate grčeve u stomaku ili proliv?                          | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li imate krv u stolici?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 12. | Da li imate bolove kod urinisanja?                                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 13. | Da li imate osip po koži?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena lekara:

.....  
Potpis lekara

## Upitnik za utvrđivanje anamneze - deca

(Molimo vas da odgovore označite krstićem i predate lekaru!)

Lični podaci, uključujući ZAB identifikacioni broj:

Datum: .....

Pol:            muški                ženski                Nacionalnost: .....            Starost:.....

- 
- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Da li je Vaše dete bolesno?                            | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Da li Vaše dete uzima neke lekove?                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Da li je Vaše dete vakcinisano protiv bolesti?         | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Da li je Vašem detetu urađen test kože na tuberkulozu? | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Da li Vaše dete ima ili je imalo neku zaraznu bolest?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Sušicu (tuberkulozu)?                                  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Hepatitis?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Varičela?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Zauške?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Male boginje?  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Rubeolu?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
|     | Difteriju?   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Da li Vaše dete ima bolove?                            | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Da li Vaše dete ima visoku temperaturu?                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Da li Vaše dete ima jaki kašalj?                       | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Da li Vaše dete ima mučninu ili povraćaja?             | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 10. | Da li Vaše dete ima bolove u stomaku ili proliv?       | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |
| 11. | Da li Vaše dete ima osip po koži?                      | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |

.....  
Potpis

Napomena lekara:

.....  
Potpis lekara

## 2.1 هاو پئچی

(سعیار هت به برگه‌ی یه‌کهم، ژماره 2.3، رسته‌ی 2)

پرسیارنامه‌ی تو‌ماره‌ی پزشکییه‌کان - گهوره‌سالان  
(تکایه له شوینی مه‌یست به خاچ نیشانه بکه و رادهستی پزشکی بکه)  
زانباری کهمی، له‌وانهش ژماره‌ی ناسنامه‌ی ZAB:

به‌روار: .....

دو‌گیانی..... مانگ

ره‌گه‌ز نامه: .....

 مئ نئیر

ره‌گه‌ز:

 خیزان ره‌بهن

- |                          |        |                          |        |   |
|--------------------------|--------|--------------------------|--------|---|
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 1. تو نه‌خوشیت؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 2. نایا دهرمان به‌کار دینی؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 3. نایا کوتانی نه‌خوشیه‌کانت بو کراره؟                              |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 4. نایا پشکنینی بیستت کردوه بو نه‌خوشی سیل؟                         |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 5. نایا نه‌خوشیه‌کی درمیت همیه یان هه‌بووه؟                         |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | نه‌خوشی سیل (سیل)؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | هیپاتیت (هه‌وکردنی جگه‌ر)؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | نایدز؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | سوریکه؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | سوریزه؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | سوریزه‌ی نلمانی؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | دهرده کوپانه؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | سفلیس (ناکله)؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | نه‌خوشیه‌ی سیکسیه‌ی گواستر او هکانی تر؟                             |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | تای گرانته‌ا، وه‌که گرانته‌ا؟                                       |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | کولیرا؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 6. نازارت همیه؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 7. نایا تات همیه یان له 6 هه‌فته‌ی رابردوو تات هه‌بووه؟             |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 8. نایا کوکه‌یه‌کی توندت همیه؟                                      |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 9. هیلنج دده‌ی، رشانه‌وت همیه؟                                      |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 10. نایا گرژبوونی گهدت همیه یان سکچوون؟                             |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 11. نایا خوین له پیساییه‌کتدا همیه؟                                 |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 12. نایا له‌کاتی میزکردندا نازارت همیه (هه‌ست به سوتانه‌وه ده‌کمی)؟ |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیز | <input type="checkbox"/> | به‌ئنی | 13. نایا په‌لمت همیه؟   |

.....  
واژو

سه‌رنجی پزشکی:

.....  
واژوی دکتور

## هاو پئچی 2.2

(سهبارت به برگه‌ی یه‌کم، ژماره 2.3، رسته‌ی 2)

## پرسیارنامه‌ی تو‌ماره پزیشکیه‌کان - مندالان

(تکایه له شوینی مه‌بست به خاچ نیشانه بکه و رادهستی پزیشکی بکه)  
زانباری کهمی، له‌وانهش ژماره‌ی ناسنامه‌یی ZAB:

به‌روار: .....

تەمەن: .....

ره‌گه‌ز‌نامه: .....

می نیر 

ره‌گه‌ز: .....

- |                          |        |                          |       |  |
|--------------------------|--------|--------------------------|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 1. ئایا مندال‌ه‌کمت نه‌خوشه؟                               |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 2. ئایا مندال‌ه‌کمت دهرمان به‌کار دینی؟                    |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 3. ئایا مندال‌ه‌کمت کورتانی له دژی نه‌خوشییه‌کان بو کراوه؟ |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 4. ئایا مندال‌ه‌کمت پشکنینی پیستی بو نه‌خوشی سیل کردوه؟    |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 5. ئایا مندال‌ه‌کمت به‌دهست نه‌خوشییه‌کی درمیوه دنالینیت؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | نه‌خوشی سیل (سیل)؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | هیپاتیت (هه‌وکردنی جگه‌ر)؟                                 |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | سوریکه؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | مله‌خه؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | سوریزه؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | سوریزه‌ی ئەلمانی؟  |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | دهر ده کوپانه؟   |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 6. ئایا مندال‌ه‌کمت نازاری هه‌یه؟                          |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 7. ئایا مندال‌ه‌کمت تایی هه‌یه؟                            |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 8. ئایا مندال‌ه‌کمت کۆکه‌یه‌کی توندی هه‌یه؟                |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 9. ئایا مندال‌ه‌کمت هیلنج دده، ئایا دهر شیتهموه؟           |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 10. ئایا مندال‌ه‌کمت تووشی گرژبوونی گه‌ده یان سکچوونه؟     |
| <input type="checkbox"/> | نه‌خیر | <input type="checkbox"/> | به‌ئی | 11. ئایا مندال‌ه‌کمت پهلای هه‌یه؟                          |

واژۆ

سه‌رنجی پزیشک:

واژۆی دکتور

## Cuestionario para la anamnesis - adultos

(¡Por favor, marque con una x lo que proceda y entrégueselo al médico!)

Datos personales, incl. no. de identificación de ZAB:

Fecha: .....

Sexo:            masculino             femenino   
                  individuo                    familia                    Nacionalidad: ..... Embarazo:        ..... mes

- 
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.    ¿Está Usted enfermo/a?                                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.    ¿Toma Usted algún remedio/medicamento?                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.    ¿Es Usted vacunado contra algunas enfermedades?             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.    ¿Se realizó una prueba cutánea de la tuberculina con Usted? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.    ¿Tiene o tenía Usted alguna enfermedad transmisible?        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tisis (tuberculosis)?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hepatitis?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿VIH?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Varicela?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Sarampión?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Rubéola?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Difteria?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Sífilis?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Otra enfermedad venérea/de transmisión sexual?                   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tifus, fiebre paratifoidea?                                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Cólera?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.    ¿Padece Usted algún dolor?                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.    ¿Tiene o tenía Usted fiebre durante las últimas 6 semanas?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.    ¿Tiene Usted tos fuerte?                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.    ¿Padece Usted náuseas o vómito?                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10.    ¿Tiene Usted calambres abdominales o diarrea?              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11.    ¿Tiene Usted sangre en las heces?                          | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12.    ¿Tiene Usted dolores al orinar?                            | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13.    ¿Tiene Usted erupciones cutáneas?                          | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Firma

Notas del médico:

.....  
Firma del médico

## Cuestionario para la anamnesis - niños

(¡Por favor, marque con una x lo que proceda y entrégueselo al médico!)

Datos personales, incl. no. de identificación de ZAB:

Fecha: .....

Sexo:      masculino       femenino       Nacionalidad: .....      Edad: .....

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.    ¿Está enfermo/a su hijo/a?                                      | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.    ¿Toma su hijo/a algunos medicamentos?                           | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.    ¿Es vacunado su hijo/a contra algunas enfermedades?             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.    ¿Se realizó una prueba cutánea de la tuberculina con su hijo/a? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.    ¿Tiene o tenía su hijo/a alguna enfermedad transmisible?        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tisis (tuberculosis)?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Hepatitis?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Varicela?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Paperas/parótidas?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Sarampión?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Rubéola?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Difteria?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.    ¿Padece su hijo/a algún dolor?                                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.    ¿Tiene su hijo/a fiebre?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.    ¿Tiene su hijo/a tos fuerte?                                    | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.    ¿Padece su hijo/a náuseas o vómito?                             | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10.    ¿Tiene su hijo/a calambres abdominales o diarrea?              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11.    ¿Tiene su hijo/a erupciones cutáneas?                          | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Firma

Notas del médico:

.....  
Firma del médico

**Anamnez (Hastalık Geçmiş) Oluşturulmasına İlişkin Soru Formu -  
Yetişkinler için**

(Lütfen uygun yanıtı işaretleyin ve doktora verin!)

Merkezi Yabancılar Dairesi (ZAB) Kimlik numarası dahil olmak üzere kişisel bilgiler:

Tarih: .....

Cinsiyeti: erkek  kadın  Uyuşu: ..... Gebelik: ..... Ay  
Tek kişi  Aile 

- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Hasta mısınız?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 2. İlaç alıyor musunuz?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 3. Hastalıklara karşı aşı oldunuz mu?                             | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 4. Size tüberküloza ilişkin bir cilt testi yapıldı mı?            | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 5. Bulaşıcı bir hastalığınız var mı veya daha önce geçirdiniz mi? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Verem (Tüberküloz)?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Hepatit?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Su çiçeği?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamık?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamıkçık?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Difteri?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Sifilis (Frengi)?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| diğer zührevi hastalıklar?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Tifo, Paratifo?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kolera?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 6. Ağrınız var mı?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 7. Ateşiniz var mı veya son 6 hafta içinde ateşiniz çıktı mı?     | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 8. Şiddetli öksürüğünüz var mı?                                   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 9. Mide bulantınız, kusma var mı?                                 | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 10. Karın ağrınız veya ishaliniz var mı?                          | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 11. Dışkıınızda kan var mı?                                       | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 12. İdrar yaparken ağrınız var mı?                                | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 13. Cilt döküntünüz var mı?                                       | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

Doktorun açıklaması

.....  
İmza.....  
Doktorun imzası



## Anamnez (Hastalık Geçmiş) Oluşturulmasına İlişkin Soru Formu - Çocuklar için

(Lütfen uygun yanıtı işaretleyin ve doktora verin!)

Merkezi Yabancılar Dairesi (ZAB) Kimlik numarası dahil olmak üzere kişisel bilgiler:

Tarih: .....

Cinsiyeti: erkek  kadın  Uyuşu: .....

Yaş: .....

- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Çocuğunuz hasta mı?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 2. Çocuğunuz ilaç alıyor mu?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 3. Çocuğunuzun hastalıklara karşı aşı oldu mu?                          | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 4. Çocuğunuza tüberküloza ilişkin bir cilt testi yapıldı mı?            | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 5. Çocuğunuzun bulaşıcı bir hastalığı var mı veya daha önce geçirdi mi? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Verem (Tüberküloz)?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Hepatit?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Su çiçeği?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kabakulak?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamık?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamıkçık?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Difteri?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 6. Çocuğunuzun ağrısı var mı?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 7. Çocuğunuzun ateşi var mı?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 8. Çocuğunuzun şiddetli öksürüğü var mı?                                | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 9. Çocuğunuzun mide bulantısı, kusması var mı?                          | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 10. Çocuğunuzun karın ağrısı veya ishali var mı?                        | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 11. Çocuğunuzun cilt döküntüsü var mı?                                  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

Doktorun açıklaması:

.....  
İmza

.....  
Doktorun imzası

## Anamnesebogen Urdu

منسلکہ 2.1

(نمبر 1 کے لیے ، نمبر 2-3، جملہ 2)  
مریض کی ہسٹری جاننے کے لیے سوال نامہ - بالغوں کے لیے  
(جو ٹھیک ہے اس پر ٹک کریں اور ڈاکٹر کو دے دیں!)

نجی کوائف ، غیر ملکیوں کے مرکزی رجسٹریشن آفس سے - شناختی نمبر: تاریخ:

جنس:  نر:  مادہ:  شہریت: ----- حاملہ عورت: مہینہ: -----  
سنگل پرسن  فیملی کے لیے

<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	1- کیا آپ بیمار ہیں؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	2- کیا آپ دوائیاں لیتے ہیں؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	3- کیا آپ کو بیماریوں کے خلاف ٹیکے لگائے گئے ہیں؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	4- کیا آپ کا تپ دق کے لیے کوئی سکین ٹیسٹ لیا گیا ہے؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	5- کیا آپ کو کوئی چھوت کی بیماری ہے یا تھی؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	تپ دق (ٹی بی)؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	بیپا ٹائی ٹیس؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	ایچ آئی وی؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	چیچک؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	خسرہ؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	خسرہ کاذب؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	ڈیپ تھیریا؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	سی فیلیس (ٹی بی)؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	اور کوئی جنسی بیماری؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	ٹائیفائیڈ ، مיעادی بخار؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	ہیضہ؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	6- کیا آپ کو درد ہو رہی ہے؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	7- کیا آپ کو پچھلے 6 ہفتوں سے بخار ہوا ہے یا ہوا تھا؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	8- کیا آپ کو بری کھانسی ہے؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	9- کیا آپ کو منلی اور الٹی ہوتی ہے؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	10- کیا آپ کے پیٹ میں درد یا دست ہیں؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	11- کیا آپ کے پاخانہ میں خون آتا ہے؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	12- کیا آپ کو پیشاب کرتے ہوئے درد ہوتی ہے؟
<input type="checkbox"/> نہیں	<input type="checkbox"/> ہاں	13- کیا آپ کے دھپڑ پڑتے ہیں؟

.....  
دستخط

ڈاکٹر کی طرف سے نوٹس:

.....  
دستخط ڈاکٹر

## Anamnesebogen Urdu

منسلکہ 2.2

(نمبر 1 کے لیے ، نمبر 2-3، جملہ 2)  
مریض کی ہسٹری جاننے کے لیے سوال نامہ - بچوں کے لیے  
(جو ٹھیک ہے اس پر ٹک کریں اور ڈاکٹر کو دے دیں!)  
نجی کوائف ، غیر ملکیوں کے مرکزی رجسٹریشن آفس سے - شناختی نمبر:

تاریخ:

عمر:-----

شہریت:-----

مادہ :

نر:

جنس:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کا بچہ بیمار ہیں ؟	1-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کا بچہ دوایاں لیتا ہے ؟	2-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو بیماریوں کے خلاف ٹیکے لگائے گئے ہیں ؟	3-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کا تپ دق کے لیے کوئی سکین ٹیسٹ لیا گیا ہے ؟	4-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو کوئی چھوت کی بیماری ہے یا تھی ؟	5-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تپ دق (ٹی بی)؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیپا ٹائی ٹیس؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایچ آئی وی؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چیچک؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خسرہ ؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خسرہ کاذب؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ڈیپ تھیریا ؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سی فیلیس (ٹی بی)؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اور کوئی جنسی بیماری؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ٹائیفائیڈ ، میعادہ بخار؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ہیضہ ؟	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو درد ہو رہی ہے ؟	6-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو پچھلے 6 ہفتوں سے بخار ہوا ہے یا ہوا تھا ؟	7-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو بری کھانسی ہے ؟	8-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کو متلی اور الٹی ہوتی ہے ؟	9-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کے پیٹ میں درد یا دست ہیں؟	10-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کے بچے کے دھیڑ پڑتے ہیں ؟	11-

.....  
دستخط

ڈاکٹر کی طرف سے نوٹس:

.....  
دستخط ڈاکٹر

**Trả lời câu hỏi để khảo sát tiền sử bệnh lý – Đối với người lớn**

(Đề nghị đánh dấu nhân vào ô thích hợp và đưa cho bác sĩ!)

Dữ liệu cá nhân, kể cả mã số nhận dạng tại trung tâm đăng ký (ZAB) :

Ngày: .....

Giới tính: nam  nữ  Quốc tịch: ..... Có thai: Tháng thứ .....Một mình  Cả gia đình 

- |   |                             |                                |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Bạn có bị ốm không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 2. Bạn có uống thuốc không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 3. Bạn đã tiêm chủng phòng bệnh chưa?                         | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 4. Bạn đã xét nghiệm da để kiểm tra bệnh lao chưa?            | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 5. Hiện nay hoặc trước đây Bạn có bị bệnh truyền nhiễm không? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Ho lao?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Viêm gan?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Đậu mùa?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Sởi?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Rubella?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Bệnh yết hầu?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Giang mai?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Các loại bệnh sinh dục khác?                                  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Thương hàn, phó thương hàn?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Bệnh tả?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 6. Bạn có đau không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 7. Hiện nay hoặc trong 6 tháng qua Bạn có bị sốt không?       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 8. Bạn có bị ho nặng không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 9. Bạn có bị chóng mặt, buồn nôn không?                       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 10. Bạn có bị co thắt bụng hoặc đi ngoài không?               | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 11. Phân của Bạn có máu không?                                | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 12. Khi đi tiểu Bạn có bị buốt không?                         | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 13. Bạn có bị bong da không?                                  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |

Ghi chú của bác sĩ:

.....  
Ký tên.....  
Bác sĩ ký tên

### Trả lời câu hỏi để khảo sát tiền sử bệnh lý – Đối với trẻ em

(Đề nghị đánh dấu nhân vào ô thích hợp và đưa cho bác sĩ!)

Dữ liệu cá nhân, kể cả mã số nhận dạng tại trung tâm đăng ký (ZAB) :

Ngày: .....

Giới tính: nam  nữ  Quốc tịch: ..... Tuổi: .....

- 
- |   |                             |                                |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Con Bạn có bị ốm không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 2. Con Bạn có uống thuốc không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 3. Con Bạn đã tiêm chủng phòng bệnh chưa?                         | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 4. Con Bạn đã xét nghiệm da để kiểm tra bệnh lao chưa?            | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 5. Hiện nay hoặc trước đây con Bạn có bị bệnh truyền nhiễm không? | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Ho lao?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Viêm gan?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Bệnh thủy đậu?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Quai bị?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Sởi?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Rubella?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| Bệnh yết hầu?   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 6. Con Bạn có đau không?  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 7. Con Bạn có bị sốt không?                                       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 8. Con Bạn có bị ho nặng không?                                   | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 9. Con Bạn có bị chóng mặt, buồn nôn không?                       | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 10. Con Bạn có bị co thắt bụng hoặc đi ngoài không?               | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| 11. Con Bạn có bị bong da không?                                  | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |

Ghi chú của bác sĩ:

.....  
Ký tên

.....  
Bác sĩ ký tên