

الدفتري الصحي

Gesundheitsheft

Arabisch

Impressum

Herausgeber:

Medinetz Halle/Saale e.V.
Ludwigstraße 37
06110 Halle (Saale)
V.i.S.d.P.: Andreas Niedermaier

Finanzierung:

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle
Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)

Übersetzung:

Makki Al-Gunaid und
Leonhard Becker

Stand:

1. Auflage, Januar 2016

Der Herausgeber hat dieses Heft mit aller Sorgfalt erstellt und geprüft. Für etwaige Fehler oder durch die Benutzung dieses Heftes entstehende Schäden übernimmt der Herausgeber jedoch keine Verantwortung.

Die Inhalte dieses Hefts sind online verfügbar unter:

<http://www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft>



Dieses Material ist unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ „Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International“ zugänglich. Eine Kopie dieser Lizenz können sie unter <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> einsehen.

Erklärung für den Arzt

توضیح خاص بالطیب

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

zur besseren und reibungsloseren Gesundheitsversorgung Ihres Patienten haben wir dieses einfache Gesundheitsheft entwickelt.

Da Asylsuchende in den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland an verschiedenen Orten verschiedene Ärzte konsultieren, treten häufig Probleme in der Übermittlung von Befunden und der kontinuierlichen Behandlung von Erkrankungen auf. Um diesem Problem zu begegnen, soll dieses Heft anstelle oder in Ergänzung einer Krankenakte beim Patienten verbleiben und möglichst alle relevanten Informationen enthalten.

Bitte fügen Sie diesem Heft soweit möglich und sinnvoll alle von Ihnen erhobenen Befunde, eingeleiteten oder durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sowie Ihre Kontaktadresse für eventuelle Rückfragen weiterbehandelnder Ärzte bei.

Haben Sie vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. الدفتر الصحي هذا

تم كتابة هذا الدفتر ليساعدك على فهم النظام الصحي الألماني ولكي يعرف الأطباء المعالجون وضعك الصحي السابق. يحتوي هذا الدليل على أقسام مختلفة. القسم الأول يحتوي على معلومات مهمة على النظام الصحي في ألمانيا ويوضح لك كيف تحصل على المساعدة الطبية عند الحاجة إليها، كما يحتوي على معلومات لطبيبك للمساعدة على فهم هذا الدفتر. القسم الثاني يحتوي على جدول للسيرة المرضية وبإمكانك تعبئته قبل زيارة الطبيب لكي يسهل عليك التفاهم معه، كما يمكن للطبيب أيضا تسجيل اللقاحات والعلاجات في هذا الدفتر. من فضلك احضره معك عند كل زيارة للطبيب حتى يتمكن الطبيب من إلقاء نظرة سريعة على سيرتك المرضية. هذا الدفتر فقط لك، ولك الحق في تقرير لمن تبدييه. لا يمكن لأي شخص أن يرى أي معلومة في هذا الدفتر بغير موافقتك.

2. حقوق المريض

في ألمانيا لكل شخص الحق في الحصول على رعاية طبية في أي وقت. استخدام الخدمات الطبية ليس له أي تأثير سلبي على إجراءات اللجوء الخاصة بك.

الأطباء لديهم السرية المهنية. هذا يعني أنه غير مسموح لهم التحدث مع الآخرين عن مرضاهم إلا إذا سمح لهم المريض بذلك. وهذا يمنع أيضا إيصال المعلومات إلى وكالات حكومية.

الأمر متروك لكل شخص أن يختار طبيبه نفسه. إذا كنت غير راض عن طبيبك، يمكنك البحث عن طبيب آخر. طالما كنت في إجراءات اللجوء، المكتب الاجتماعي (Zusammenarbeit) مسؤول عن دفع تكاليف علاجك، ولهذا يجب عليك الحصول على شهادة علاج (Behandlungsschein) منه. شهادة العلاج هذه تضمن لك الحصول على كل المعاملات الطبية اللازمة. بعض التدابير التي ليست ضرورية تماما، على سبيل المثال تعويض الأسنان، لا تغطيها هذه الشهادة. هذه العلاجات مفتوحة لكم إذا كان لديك تأمين صحي طبيعي (بعد ١٥ شهرا على أكثر تقدير).

3. الصحة خلال إجراءات اللجوء

ستمر خلال إجراءات اللجوء بعدة مراحل: (الفحص الأول) عند وصولهم إلى ألمانيا يصل طالب اللجوء إلى مراكز رئيسية. هناك يتم تسجيلهم وتعبئة استمارات طلب اللجوء. كل طالب لجوء يتوجب عليه الخضوع لفحص طبي كامل. هذا الفحص من أجل الاكتشاف المبكر للأمراض العديدة ويحتوي على فحص جسدي وتصوير الرئتين بالأشعة. كذلك يتم عرض اللقاح في إطار هذا الفحص. أعطي الطبيب الذي يفحصك المعلومات المهمة على حالتك الصحية فيإمكانه مساعدتك للحصول على الرعاية الطبية عند الحاجة. إذا كان بحوزتك دفتر لقاحات أو أي مستند طبي آخر فأحضره معك.

(التعليمات العملية) ستنقل بعد وقت ما إلى سكن جماعي. في هذه السكنات الجماعية يوجد عمال اجتماعيون (Zusammenarbeit) أربابيت (Sozialarbeiter) بإمكانهم أن يساعدوك في جميع المواضيع المهمة للعيش في ألمانيا.

(العلاج الغير طارئ) عندما تريد زيارة الطبيب تحتاج إلى شهادة علاج (Behandlungsschein). وعند آلام الأسنان تحتاج إلى شهادة علاج أسنان خاصة. كلا الشهادتين تحصل عليهما من المكتب الاجتماعي (Sozialamt). اسأل العامل الاجتماعي عن مكان هذه المكاتب وكيف تحصل على هذه الشهادة. وضح للمسؤول في المكتب الاجتماعي عن مشاكلك الصحية الحالية. إذا كان لديك ألم يجب عليك إيضاح ذلك بشكل كافي. بواسطة الشهادة الصحية يمكن زيارة الطبيب العام. إذا كنت تريد زيارة أطباء آخرين تحتاج إلى شهادة للإحالة من الطبيب العام إلى الطبيب المختص (أوبرفايزونجس شاين Überweisungsschein). عند الأطباء المختصين يتوجب عليك عادة الحصول على موعد. مدة الانتظار قد تصل إلى عدة أسابيع. في يوم الموعد يجب عليك الحضور في الوقت المحدد لأن الطبيب يكون محجوزا لك في هذا الوقت. إذا كنت لا تجيد اللغة الألمانية فسيكون مفيدا لك وللطبيب إحضار مترجما معك. إذا كنت تحتاج لأدوية فسيطبخك الطبيب وصفة طبية (Rezept) هناك نوعان من الوصفات بلونين مختلفين: أحمر وأخضر. بواسطة هذه الوصفات تحصل على الأدوية من الصيدلية. الأدوية على الوصفة الحمراء تحصل عليهم مجانا، أما الخضراء فيتوجب عليك دفع القيمة بنفسك. من المكتب الاجتماعي تحصل برفقة شهادة العلاج على مستند يوضح للصيدلية أنه ليس عليك الدفع مقابل الوصفة الحمراء. احتفظ بهذا المستند وأظهره للصيدلي.

(الحالات الطارئة) للحالات الطارئة لا تحتاج لشهادة صحية، تستطيع الذهاب إلى الطوارئ في المستشفيات بشكل تلقائي. استقبال الطوارئ مفتوح ٢٤ ساعة وخلال الإجازات أيضا. عند المشاكل الصحية المهددة للحياة أو المشاكل الصحية التي لا تستطيع عندها الذهاب للطوارئ يمكنك الاتصال بخدمة الإسعاف. رقم الإسعاف هو 112. إذا كنت لا تجيد التحدث باللغة الألمانية حاول الحصول على شخص لكي يساعدك بالاتصال. إذا لم تستطع قم فقط وبشكل بطيء بذكر اسمك والمكان الذي تتصل منه (مثلا اسم الشارع).

4. معلومات للتواصل

إذا صادفت مشاكل في الحصول على علاج عند مرضك يمكنك التحدث مع العامل الاجتماعي في سكنك. إضافة إلى ذلك هناك العديد من أماكن الاستشارة والمنظمات التي يمكنها مساعدتك.

للمساعدة عند مصادفة المشاكل في الحصول على علاج:

Medinetz Halle

العنوان: Ludwigstraße 37

06110 Halle

تلفون: 0152 159 300 43

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

Medinetz Magdeburg

العنوان: Porsestraße 16 (بقرى محطة Buckau)

39104 Magdeburg

تلفون: 0176 665 308 54

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

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

PSZ Halle

العنوان: Marienstraße 27a

06108 Halle

تلفون: 0345 21 25 768

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

PSZ Magdeburg

العنوان: Liebknechtstraße 55

39108 Magdeburg

تلفون: 0391 63 10 98 07

تمثيل اهتمامات اللاجئين في ولاية زاكسن أنهالت:

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

العنوان: Schellingstraße 3-4

39104 Magdeburg

تلفون: 0392 53 71 281

للمساعدة الهاتفية بمشاكل اللغة:

Hallesche Interkulturelle Initiative (HIKI)

تلفون: 0345 213 893 99

Stadt Halle (Saale)		KVN	Kassen-Nr.
Fachbereich Soziales		123456789	12345
Name, Vorname des Leistungsempfängers nach Asylb.LG, Anrecht			
Musterhahn, Max			
Robinienweg 26, 06132 Halle (Saale)			
geb. am		01.01.1993	
AZ			
4564.945672		M F R	
Vertrags-Nr.		gültig von	gültig bis
		01.07.2015	30.09.2015

Behandlungsschein Asyl

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

Unfall/Unfallfolgen

Ud. Nr.

Behandelnder Arzt in

- Wichtige Hinweise**
- Personen mit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: Gültig bis zum Beginn einer Krankenkassenmitgliedschaft oder bis zum Widerruf, längstens jedoch bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres. Nicht übertragbar. Die Identität des Patienten ist zu überprüfen!
- Für den neben genannten Asylbewerber werden gemäß § 4 Asylb.LG die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände notwendigen Kosten vom Fachbereich Soziales übernommen. Dies gilt auch für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln.
 - Für Heilmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Sach- und Sonderleistungen ist durch den Leistungsempfänger die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Atteste werden nur erstattet, wenn sie vom Sozialhilfeträger angefordert wurden!
 - Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, ebenfalls der Zustimmung des Kostenträgers. Dabei ist der nächst erreichbare Arzt und das nächstliegende Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit der Behandlung ist vom Arzt schriftlich zu bestätigen. Ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung können nur die Kosten der Erstbehandlung übernommen werden.
 - Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten nicht möglich!
 - Wichtiger Hinweis für den Arzt: Für die Leistungen durch niedergelassene Ärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.
 - Die Arztkostenabrechnung ist nach Quartalsende an die Stadt Halle (Saale), Sozialamt, Südpromenade 30, 06128 Halle (Saale) zu übersenden. Selbstverständlich können die Serviceleistungen der Kassenzentralen Vereinigung genutzt werden.
 - Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzentralen Notfalldienstes gültig.
 - Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der AOK übernommen.

Stadt Halle (Saale)
 Fachbereich Soziales
 Abt. ergänzende Leistungen
 Südpromenade 30
 06128 Halle (Saale)
 Ausweis der Behörde Halle 710101011

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Behandlungsschein شهادة العلاج

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein	06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gem. § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
Versicherer-Nr.		
Status	<input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
Bereitschafts-Nr.	<input type="checkbox"/> Ausfertigung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mt.-Weiterbehandlung AU bis	
Arzt-Nr.	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
Datum		
Diagnose/Verdachtsdiagnose		
Befund/Medikation		
Auftrag		
Verbindliches Muster		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
Muster 6 (2.2011)		

Überweisungsschein شهادة الإحالة

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein	06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gem. § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
Versicherer-Nr.		
Status	<input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
Bereitschafts-Nr.	<input type="checkbox"/> Ausfertigung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mt.-Weiterbehandlung AU bis	
Arzt-Nr.	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung Geschlecht
Datum		
Diagnose/Verdachtsdiagnose		
Befund/Medikation		
Auftrag		
Verbindliches Muster		
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
Muster 16 (04.2004)		

bbbr

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Unfalltag: Unfallort/Arbeitsnummer:

Abgabedatum in der Apotheke:

6282899234

Rotes Rezept الوصفة أو الروشينة الحمراء

Anamnesebogen

السيرة المرضية

Datum التاريخ :

الرجاء استخدام الأرقام الألمانية والحروف الألمانية عند الإجابة بقدر الأمكان في أماكن الفراغات.

الرجاء تحديد المكان المناسب بحرف إكس (علامة إكس)

Alter:	العمر	Name:	الإسم
Geschlecht:	weiblich أنثى <input type="checkbox"/>	männlich ذكر <input type="checkbox"/>	الجنس
Familienstand:			الحالة الاجتماعية
	alleinstehend عازب <input type="checkbox"/>	verheiratet متزوج <input type="checkbox"/>	
	verwitwet أرمل <input type="checkbox"/>	getrennt مطلق <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein لا <input type="checkbox"/>	ja نعم <input type="checkbox"/>	الأولاد
Anzahl der Kinder:			عدد الأولاد
Herkunftsland:			الموطن الأصلي
Beruf im Herkunftsland:			المهنة في الوطن الاصلي
Zimmernr. ZAST:			رقم الغرفة
Telefonnummer:			رقم الهاتف
Registrierungsnummer:			رقم التسجيل

Allgemeine Anamnese

السيرة المرضية العامة

Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?		ما هي الأمراض الأخرى من قبل؟	
Herz	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	جلطة قلبية <input type="checkbox"/>	القلب
	andere Herzleiden <input type="checkbox"/>	أمراض قلبية أخرى <input type="checkbox"/>	ضمور القلب، ضعف القلب
Lunge	andere Lungenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض رئوية أخرى <input type="checkbox"/>	صمامات القلب
Magen	Magenentzündung <input type="checkbox"/>	التهابات المعدة <input type="checkbox"/>	الرئة
Leber	andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>	ربو
Galle	andere Gallenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض أخرى للمرارة <input type="checkbox"/>	المعدة
Darm	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان <input type="checkbox"/>	حرقة المعدة
	andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>	الكبد
Niere/Blase	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	القصور الكلوي <input type="checkbox"/>	تأليف الكبد
	andere Nierenleiden <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>	المرارة
Frauen	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان الثدي <input type="checkbox"/>	حصوات المرارة
Männer	Prostatavergrößerung <input type="checkbox"/>	زيادة حجم البروستاتا <input type="checkbox"/>	الأمعاء
Skelett	Arthrose <input type="checkbox"/>	فصال عظمي <input type="checkbox"/>	بواسير
	andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>	فتق، خرق
Krebs	Krebsleiden <input type="checkbox"/>	أمراض سرطانية <input type="checkbox"/>	الكلى والمثانة
	Chemotherapie <input type="checkbox"/>	علاج كيميائي <input type="checkbox"/>	حصوات كلوية
			التهابات المثانة
			الأمراض الخاصة بالنساء
			سرطان الرحم
			الأمراض الخاصة بالرجال
			سرطان البروستاتا
			الهيكل العظمي
			روماتزم
			مشاكل في العمود الفقري
			السرطان
			علاج إشعاعي
			عمليات استئصال للسرطان

Nerven/Hirn	Epilepsie <input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	الجهاز العصبي والدماغ
			andere <input type="checkbox"/>	جلطة دماغية أخرى
Augen	Glaukom <input type="checkbox"/>	المياه الزرقاء	Katarakt <input type="checkbox"/>	العين
				المياه البيضاء
Haut	andere Hautkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض جلدية أخرى	Psoriasis <input type="checkbox"/>	الجلد
				داء الصدفية
Schilddrüse				الغدة الدرقية
Überfunktion <input type="checkbox"/>	ارتقاع وظيفي (فرط الدرقية)		Unterfunktion <input type="checkbox"/>	انخفاض وظيفي (قصور الدرقية)
andere				أمراض أخرى
Diabetes <input type="checkbox"/>	السكري		Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
Muskelkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض عضلية		Thrombose <input type="checkbox"/>	جلطات الأوعية الدموية
Blutungsneigung <input type="checkbox"/>	الميل إلى نزيف دموي		andere <input type="checkbox"/>	أخرى

Welche Organe wurden operiert?		ما هي الأعضاء التي أجريت لها عمليات جراحية؟	
Lunge <input type="checkbox"/>	الرئة	Galle <input type="checkbox"/>	المرارة
Herz <input type="checkbox"/>	القلب	Leber <input type="checkbox"/>	الكبد
Brust <input type="checkbox"/>	الثدي	Magen <input type="checkbox"/>	المعدة
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	الرحم	Darm <input type="checkbox"/>	الأمعاء
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	ولادة قيصرية	Blinddarm <input type="checkbox"/>	الزائدة الدودية
Ausschabung <input type="checkbox"/>	كشط غشاء الرحم	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	البواسير
Schädel <input type="checkbox"/>	الجمجمة	Blase <input type="checkbox"/>	المثانة
Gelenke <input type="checkbox"/>	المفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	الكلية
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	كسور عظمية	Prostata <input type="checkbox"/>	البروستاتا
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	العمود الفقري	Augen <input type="checkbox"/>	العين
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	الغدة الدرقية

Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei ihnen schon einmal festgestellt?		أي من الأمراض المعدية التالية قد تم تشخيصها لديك؟	
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	مرض السل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	التهاب الكبد
AIDS <input type="checkbox"/>	أيدز	Windpocken <input type="checkbox"/>	الحماق
Röteln <input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية	Masern <input type="checkbox"/>	الحصبة

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?		هل لديك حساسيات؟	
Medikamente <input type="checkbox"/>	أدوية	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	المواد الغذائية
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Pollen <input type="checkbox"/>	حبوب اللقاح

Haben Sie schon einmal eine Impfung nicht vertragen?		هل حصلت لديك مشاكل في حال التطعيم؟	
Ja <input type="checkbox"/>	نعم	Nein <input type="checkbox"/>	كلا

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		هل تتعاطي أدوية بشكل منتظم؟	
Nein <input type="checkbox"/>	كلا	Ja <input type="checkbox"/>	نعم
Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren.)		في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر أسماء الأدوية.	
Anzahl abends/ الكمية مساءً	Anzahl mittags الكمية ظهرا	Anzahl Früh الكمية صباحا	Wirkstoffmenge الجرعة
			Name des Medikamentes اسم الدواء

Sind Sie schwanger?

Vielleicht محتمل

Nein كلا

Ja نعم

Wie viele Geburten?

هل أنت حامل؟
كم عدد الولادات؟

Wie viele Schwangerschaften?

كم مرة حملت؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte
Regelblutung?

قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3
Monaten an Gewicht verloren?
Wenn ja, wie viel Kilogramm?

Nein كلا Ja نعم

هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟

في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit
darüber nachgedacht, sich
umzubringen?

Nein كلا Ja نعم

هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟

Haben Sie aktuell Schmerzen?
Wenn ja, wie oft?

Nein كلا Ja نعم

selten
manchmal
oft
meistens
immer

نادرا
أحيانا
غالبا
أكثر الوقت
دائما

هل لديك حاليا الألم؟
في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟

Wenn ja, wie stark sind die
Schmerzen auf einer Skala von
1 (keine Schmerzen) bis 10
(maximale Schmerzen)?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

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

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)

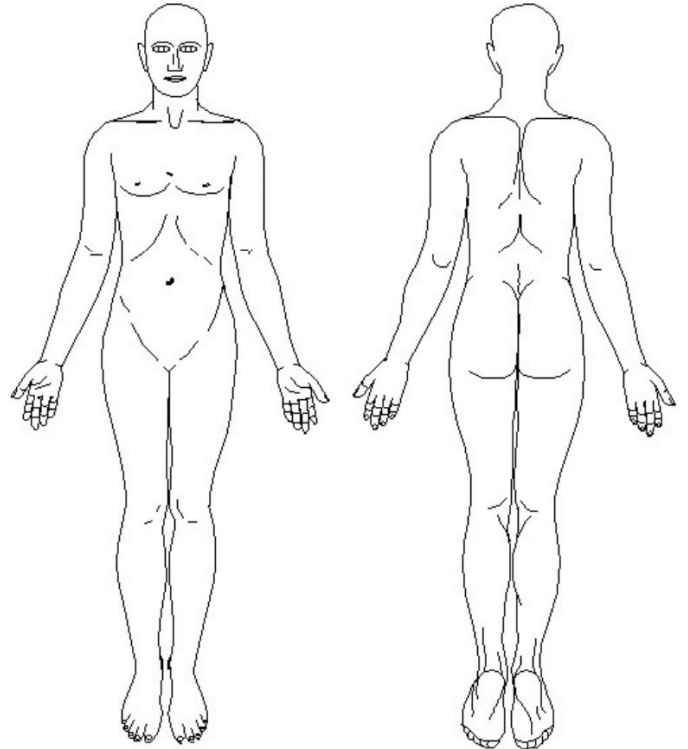
أين لديك آلام؟ الرجاء تحديد الأماكن في
الصورة بحرف الـ x.

Wo haben Sie Wunden? (Bitte
einzeichnen mit o.)

أين لديك جروح؟ الرجاء التحديد بدائرة o.

Wo haben Sie
Hautauffälligkeiten? (Bitte
einzeichnen mit #.)

أين لديك علامات جلدية؟ الرجاء التحديد
بعلامة مربع #.



Anamnesebogen

السيرة المرضية

Datum التاريخ :

الرجاء استخدام الأرقام الألمانية والحروف الألمانية عند الإجابة بقدر الأمكان في أماكن الفراغات.

الرجاء تحديد المكان المناسب بحرف إكس (علامة إكس)

Alter:	العمر	Name:	الإسم
Geschlecht:	weiblich أنثى <input type="checkbox"/>	männlich ذكر <input type="checkbox"/>	الجنس
Familienstand:			الحالة الاجتماعية
	alleinstehend عازب <input type="checkbox"/>	verheiratet متزوج <input type="checkbox"/>	
	verwitwet أرمل <input type="checkbox"/>	getrennt مطلق <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein لا <input type="checkbox"/>	ja نعم <input type="checkbox"/>	الأولاد
Anzahl der Kinder:			عدد الأولاد
Herkunftsland:			الموطن الأصلي
Beruf im Herkunftsland:			المهنة في الوطن الاصلي
Zimmernr. ZAST:			رقم الغرفة
Telefonnummer:			رقم الهاتف
Registrierungsnummer:			رقم التسجيل

Allgemeine Anamnese

السيرة المرضية العامة

Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?		ما هي الأمراض الأخرى من قبل؟	
Herz	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	جلطة قلبية	القلب
	andere Herzleiden <input type="checkbox"/>	أمراض قلبية أخرى	ضمور القلب، ضعف القلب
Lunge	andere Lungenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض رئوية أخرى	صمامات القلب
Magen	Magenentzündung <input type="checkbox"/>	التهابات المعدة	الرئة
Leber	andere <input type="checkbox"/>	أخرى	ربو
Galle	andere Gallenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض أخرى للمرارة	المعدة
Darm	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان	حرقة المعدة
	andere <input type="checkbox"/>	أخرى	الكبد
Niere/Blase	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	القصور الكلوي	تأليف الكبد
	andere Nierenleiden <input type="checkbox"/>	أخرى	المرارة
Frauen	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان الثدي	حصوات المرارة
Männer	Prostatavergrößerung <input type="checkbox"/>	زيادة حجم البروستاتا	الأمعاء
Skelett	Arthrose <input type="checkbox"/>	فصال عظمي	بواسير
	andere <input type="checkbox"/>	أخرى	فتق، خرق
Krebs	Krebsleiden <input type="checkbox"/>	أمراض سرطانية	الكلىة والمثانة
	Chemotherapie <input type="checkbox"/>	علاج كيميائي	حصوات كلوية
			التهابات المثانة
			الأمراض الخاصة بالنساء
			سرطان الرحم
			الأمراض الخاصة بالرجال
			سرطان البروستاتا
			الهيكال العظمي
			روماتزم
			مشاكل في العمود الفقري
			السرطان
			علاج إشعاعي
			عمليات استئصال للسرطان

Nerven/Hirn	Epilepsie <input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	الجهاز العصبي والدماغ
			andere <input type="checkbox"/>	جلطة دماغية أخرى
Augen	Glaukom <input type="checkbox"/>	المياه الزرقاء	Katarakt <input type="checkbox"/>	العين
				المياه البيضاء
Haut	andere Hautkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض جلدية أخرى	Psoriasis <input type="checkbox"/>	الجلد
				داء الصدفية
Schilddrüse				الغدة الدرقية
Überfunktion <input type="checkbox"/>	ارتقاع وظيفي (فرط الدرقية)		Unterfunktion <input type="checkbox"/>	انخفاض وظيفي (قصور الدرقية)
andere				أمراض أخرى
Diabetes <input type="checkbox"/>	السكري		Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
Muskelkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض عضلية		Thrombose <input type="checkbox"/>	جلطات الأوعية الدموية
Blutungsneigung <input type="checkbox"/>	الميل إلى نزيف دموي		andere <input type="checkbox"/>	أخرى

Welche Organe wurden operiert?		ما هي الأعضاء التي أجريت لها عمليات جراحية؟	
Lunge <input type="checkbox"/>	الرئة	Galle <input type="checkbox"/>	المرارة
Herz <input type="checkbox"/>	القلب	Leber <input type="checkbox"/>	الكبد
Brust <input type="checkbox"/>	الثدي	Magen <input type="checkbox"/>	المعدة
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	الرحم	Darm <input type="checkbox"/>	الأمعاء
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	ولادة قيصرية	Blinddarm <input type="checkbox"/>	الزائدة الدودية
Ausschabung <input type="checkbox"/>	كشط غشاء الرحم	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	البواسير
Schädel <input type="checkbox"/>	الجمجمة	Blase <input type="checkbox"/>	المثانة
Gelenke <input type="checkbox"/>	المفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	الكلية
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	كسور عظمية	Prostata <input type="checkbox"/>	البروستاتا
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	العمود الفقري	Augen <input type="checkbox"/>	العين
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	الغدة الدرقية

Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei ihnen schon einmal festgestellt?		أي من الأمراض المعدية التالية قد تم تشخيصها لديك؟	
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	مرض السل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	التهاب الكبد
AIDS <input type="checkbox"/>	أيدز	Windpocken <input type="checkbox"/>	الحماق
Röteln <input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية	Masern <input type="checkbox"/>	الحصبة

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?		هل لديك حساسيات؟	
Medikamente <input type="checkbox"/>	أدوية	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	المواد الغذائية
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Pollen <input type="checkbox"/>	حبوب اللقاح

Haben Sie schon einmal eine Impfung nicht vertragen?		هل حصلت لديك مشاكل في حال التطعيم؟	
Ja <input type="checkbox"/>	نعم	Nein <input type="checkbox"/>	كلا

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		هل تتعاطي أدوية بشكل منتظم؟	
Nein <input type="checkbox"/>	كلا	Ja <input type="checkbox"/>	نعم
Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren.)		في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر أسماء الأدوية.	
Anzahl abends/ الكمية مساءً	Anzahl mittags الكمية ظهرا	Anzahl Früh الكمية صباحا	Wirkstoffmenge الجرعة
			Name des Medikamentes اسم الدواء

Sind Sie schwanger?

Vielleicht محتمل

Nein كلا

Ja نعم

Wie viele Geburten?

هل أنت حامل؟
كم عدد الولادات؟

Wie viele Schwangerschaften?

كم مرة حملت؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte
Regelblutung?

قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3
Monaten an Gewicht verloren?
Wenn ja, wie viel Kilogramm?

Nein كلا Ja نعم

هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟

في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit
darüber nachgedacht, sich
umzubringen?

Nein كلا Ja نعم

هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟

Haben Sie aktuell Schmerzen?
Wenn ja, wie oft?

Nein كلا Ja نعم

selten
manchmal
oft
meistens
immer

نادرا
أحيانا
غالبا
أكثر الوقت
دائما

هل لديك حاليا الألم؟
في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟

Wenn ja, wie stark sind die
Schmerzen auf einer Skala von
1 (keine Schmerzen) bis 10
(maximale Schmerzen)?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

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

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)

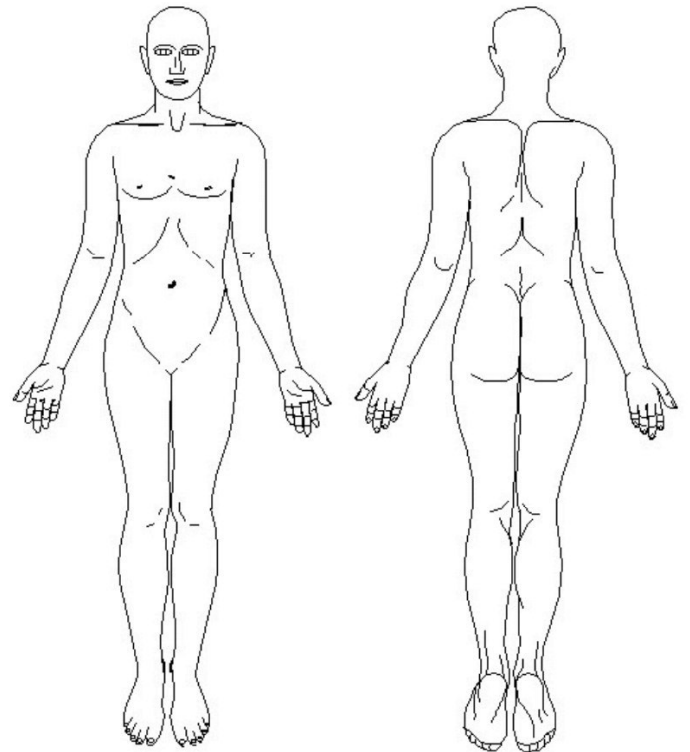
أين لديك آلام؟ الرجاء تحديد الأماكن في
الصورة بحرف الـ x.

Wo haben Sie Wunden? (Bitte
einzeichnen mit o.)

أين لديك جروح؟ الرجاء التحديد بدائرة o.

Wo haben Sie
Hautauffälligkeiten? (Bitte
einzeichnen mit #.)

أين لديك علامات جلدية؟ الرجاء التحديد
بعلامة مربع #.



Anamnesebogen

السيرة المرضية

Datum التاريخ :

الرجاء استخدام الأرقام الألمانية والحروف الألمانية عند الإجابة بقدر الأمكان في أماكن الفراغات.

الرجاء تحديد المكان المناسب بحرف إكس (علامة إكس)

Alter:	العمر	Name:	الإسم
Geschlecht:	weiblich أنثى <input type="checkbox"/>	männlich ذكر <input type="checkbox"/>	الجنس
Familienstand:			الحالة الاجتماعية
	alleinstehend عازب <input type="checkbox"/>	verheiratet متزوج <input type="checkbox"/>	
	verwitwet أرمل <input type="checkbox"/>	getrennt مطلق <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein لا <input type="checkbox"/>	ja نعم <input type="checkbox"/>	الأولاد
Anzahl der Kinder:			عدد الأولاد
Herkunftsland:			الموطن الأصلي
Beruf im Herkunftsland:			المهنة في الوطن الاصلي
Zimmernr. ZAST:			رقم الغرفة
Telefonnummer:			رقم الهاتف
Registrierungsnummer:			رقم التسجيل

Allgemeine Anamnese

السيرة المرضية العامة

Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?		ما هي الأمراض الأخرى من قبل؟
Herz	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	جلطة قلبية <input type="checkbox"/>
	andere Herzleiden <input type="checkbox"/>	أمراض قلبية أخرى <input type="checkbox"/>
Lunge	andere Lungenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض رئوية أخرى <input type="checkbox"/>
Magen	Magenentzündung <input type="checkbox"/>	التهابات المعدة <input type="checkbox"/>
Leber	andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
Galle	andere Gallenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض أخرى للمرارة <input type="checkbox"/>
Darm	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان <input type="checkbox"/>
	andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
Niere/Blase	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	القصور الكلوي <input type="checkbox"/>
	andere Nierenleiden <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
Frauen	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان الثدي <input type="checkbox"/>
Männer	Prostatavergrößerung <input type="checkbox"/>	زيادة حجم البروستاتا <input type="checkbox"/>
Skelett	Arthrose <input type="checkbox"/>	فصال عظمي <input type="checkbox"/>
	andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
Krebs	Krebsleiden <input type="checkbox"/>	أمراض سرطانية <input type="checkbox"/>
	Chemotherapie <input type="checkbox"/>	علاج كيميائي <input type="checkbox"/>
		Bestrahlung <input type="checkbox"/>
		Krebs-Operation <input type="checkbox"/>

Nerven/Hirn	Epilepsie <input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	الجهاز العصبي والدماغ
			andere <input type="checkbox"/>	جلطة دماغية أخرى
Augen	Glaukom <input type="checkbox"/>	المياه الزرقاء	Katarakt <input type="checkbox"/>	العين
				المياه البيضاء
Haut	andere Hautkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض جلدية أخرى	Psoriasis <input type="checkbox"/>	الجلد
				داء الصدفية
Schilddrüse				الغدة الدرقية
Überfunktion <input type="checkbox"/>	ارتقاع وظيفي (فرط الدرقية)		Unterfunktion <input type="checkbox"/>	انخفاض وظيفي (قصور الدرقية)
andere				أمراض أخرى
Diabetes <input type="checkbox"/>	السكري		Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
Muskelkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض عضلية		Thrombose <input type="checkbox"/>	جلطات الأوعية الدموية
Blutungsneigung <input type="checkbox"/>	الميل إلى نزيف دموي		andere <input type="checkbox"/>	أخرى

Welche Organe wurden operiert?			ما هي الأعضاء التي أجريت لها عمليات جراحية؟	
Lunge <input type="checkbox"/>	الرئة	Galle <input type="checkbox"/>	المرارة	
Herz <input type="checkbox"/>	القلب	Leber <input type="checkbox"/>	الكبد	
Brust <input type="checkbox"/>	الثدي	Magen <input type="checkbox"/>	المعدة	
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	الرحم	Darm <input type="checkbox"/>	الأمعاء	
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	ولادة قيصرية	Blinddarm <input type="checkbox"/>	الزائدة الدودية	
Ausschabung <input type="checkbox"/>	كشط غشاء الرحم	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	البواسير	
Schädel <input type="checkbox"/>	الجمجمة	Blase <input type="checkbox"/>	المثانة	
Gelenke <input type="checkbox"/>	المفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	الكلية	
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	كسور عظمية	Prostata <input type="checkbox"/>	البروستاتا	
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	العمود الفقري	Augen <input type="checkbox"/>	العين	
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	الغدة الدرقية	

Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei ihnen schon einmal festgestellt?			أي من الأمراض المعدية التالية قد تم تشخيصها لديك؟	
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	مرض السل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	التهاب الكبد	
AIDS <input type="checkbox"/>	أيدز	Windpocken <input type="checkbox"/>	الحماق	
Röteln <input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية	Masern <input type="checkbox"/>	الحصبة	

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?			هل لديك حساسيات؟
Medikamente <input type="checkbox"/>	أدوية	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	المواد الغذائية
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Pollen <input type="checkbox"/>	حبوب اللقاح

Haben Sie schon einmal eine Impfung nicht vertragen?			هل حصلت لديك مشاكل في حال التطعيم؟
Ja <input type="checkbox"/>	نعم	Nein <input type="checkbox"/>	كلا

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?			هل تتعاطي أدوية بشكل منتظم؟
Nein <input type="checkbox"/>	كلا	Ja <input type="checkbox"/>	نعم
Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren.)		في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر أسماء الأدوية.	
Anzahl abends/ الكمية مساءً	Anzahl mittags الكمية ظهرا	Anzahl Früh الكمية صباحا	Wirkstoffmenge الجرعة
			Name des Medikamentes اسم الدواء

Sind Sie schwanger?

Vielleicht محتمل

Nein كلا

Ja نعم

Wie viele Geburten?

هل أنت حامل؟
كم عدد الولادات؟

Wie viele Schwangerschaften?

كم مرة حملت؟

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte
Regelblutung?

قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3
Monaten an Gewicht verloren?
Wenn ja, wie viel Kilogramm?

Nein كلا Ja نعم

هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟

في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit
darüber nachgedacht, sich
umzubringen?

Nein كلا Ja نعم

هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟

Haben Sie aktuell Schmerzen?
Wenn ja, wie oft?

Nein كلا Ja نعم

selten
manchmal
oft
meistens
immer

نادرا
أحيانا
غالبا
أكثر الوقت
دائما

هل لديك حاليا الألم؟
في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟

Wenn ja, wie stark sind die
Schmerzen auf einer Skala von
1 (keine Schmerzen) bis 10
(maximale Schmerzen)?

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

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

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)

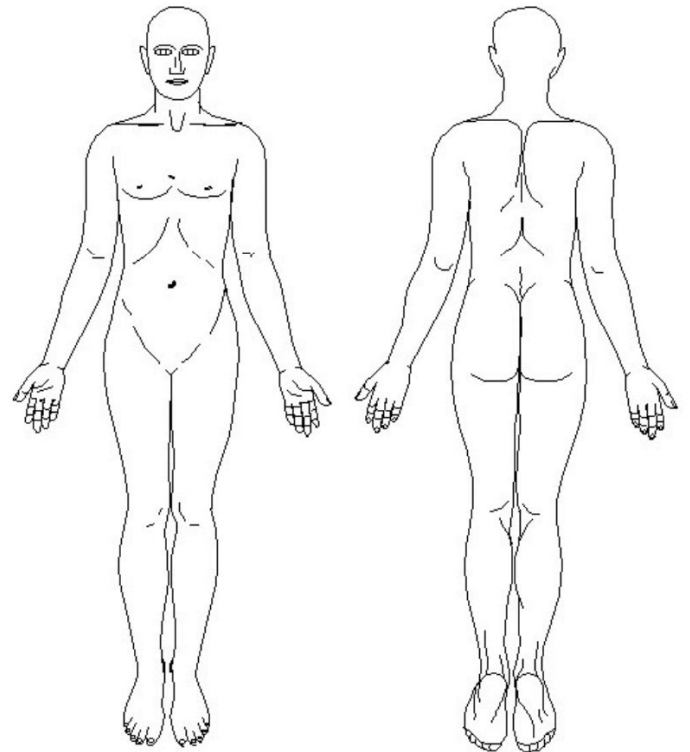
أين لديك آلام؟ الرجاء تحديد الأماكن في
الصورة بحرف الـ x.

Wo haben Sie Wunden? (Bitte
einzeichnen mit o.)

أين لديك جروح؟ الرجاء التحديد بدائرة o.

Wo haben Sie
Hautauffälligkeiten? (Bitte
einzeichnen mit #.)

أين لديك علامات جلدية؟ الرجاء التحديد
بعلامة مربع #.



تقرير للطبيب

Kurzarztbrief

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde:

تقرير للطبيب

Kurzarztbrief

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde:

تقرير للطبيب

Kurzarztbrief

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde:

تقرير للطبيب

Kurzarztbrief

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde: