



**ብመሰረት 36 (4) ውዕል አቲ ናይ ምክልካልን ምቁጽጻርን ናይ ሰባት ተላባዒ ሕማማት(ውዕል ምክልካል ምልባዕ- IfSG) ንምር መረ ዘገልግል ናይ ሕክምና ታሪኽ**

**Anamnese für Untersuchungen gem. §36 (4) Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)**

ሽም: (Vorname)	ሽም አባላጎ: (Nachname)
ዕለት ልደት: (Geburtsdatum)	ጾታ: <input type="checkbox"/> አን <input type="checkbox"/> ተባ <input type="checkbox"/> ካልእ (Geschlecht: w / m / d)
አድራሻ: (Adresse)	
ቁጽሪ ቴሌፎን: (Telefonnummer)	
ኤሜይል አድራሻ: (E-Mail-Adresse)	
MID: MID ብዙሕ መንነት ዘላሊ መሳርሒ (MID multiple-identity-detector)	AZR: AZR ቁጽሪ ፋይል፤ መመዝገቢ ማእኸል ናይ ዜጋታት ወጻኢ (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

ብኹብረትካ ኣብ ዝከላለሉ ዓመታት ብቁጽሪ ዓረብ ኣእትው:: የቐንጸልና!  
Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

ሕማም ዓባይ ሰዓል ሒዙካ ዶ ይፈልጥ?  እወ  ኣይፋል

እወ እንተይልካ መዓዝ? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon an einer Tuberkulose erkrankt? ja / nein  
Wenn ja, wann?

ኣብ ዝሓለፈ 2 ሰሙን ወይ ልዕሊኡ ሰዓል ሒዙካ ዶ ይፈልጥ?  እወ  ኣይፋል  
Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? ja / nein

ደም ዘለዎ ዓኽታ ኣስዒሉካ ይፈልጥ ዶ?  እወ  ኣይፋል  
Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

ኣብ ዝሓለፈ ሰሙን ወይ ልዕሊኡ ናይ ምትንፋስ ጸገም ኣጋጠሙካ ነይሩ ዶ?  እወ  ኣይፋል  
Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? ja / nein

ኣብ ዝሓለፉ ውሑዳት ኣዋርሕ ክብደት ቀኒስካ ዶ?  እወ  ኣይፋል  
Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? ja / nein

ኣብ ክሳድካ ወይ ትሕቲ ብርክኻ ቃንዝ ዘለዎ ዕንፍሩር ወጺኡካ ዶ?  እወ  ኣይፋል  
Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? ja / nein

ብናይ ለይቲ ረሃጽ ትሳቕዶ ትህሉ?  እወ  ኣይፋል  
Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

ረስኒ ኣለካ ዶ (>38°C)?  እወ  ኣይፋል  
Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (>38°C)? ja / nein

ሓደ ካብ ኣባል ስድራኽ ቡቑም ልዕል ክብሉ ዝተገለጹ ጸገማት ይሳቕዩ ኣለዶ?  እወ  ኣይፋል  
Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja / nein

አብ ሕሉፍ ናይ ሳምባ ኤክስ-ረይ ሕክምና ገይርካ ትፈልጥ ዶ?  እወ  ኣይፋል  
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

እወ እንተይልካ መዓዝ? \_\_\_\_\_ ዝኾኑ ትኽክል ዘይኮኑ ነገራት ነይርም ዶ?  
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein  እወ  ኣይፋል

አብ ሕሉፍ ናይ ሕማም ዓባይ ሰዓል ምርመራ ገይርካ ትፈልጥ ዶ?  እወ  ኣይፋል  
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

እወ እንተይልካ መዓዝ? \_\_\_\_\_ ናይቲ ምርመራ ውጽኢት እንታይ ነይሩ?  
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ  ጠዘቲሽ  ኔጌቲቭ

እቲ ዝተገበረ ምርመራ እንታይ ዓይነት ነይሩ?  
Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest  ናይ ቆርባት ምርመራ  ናይ ደም ምርመራ

ብሕማም ዓባይ ሰዓል ምስዝተትሓዘ ሰብ ርክብ ነይሩካ ዶ?  
Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein  እወ  ኣይፋል

እወ እንተይልካ መዓዝ? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wann?

አብ ሆስፒታል /ናይ ተመላላሲ ተሓካሚ ክሊኒክ ሰሪሕኻ ዶ?  
Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein  እወ  ኣይፋል

ናይ ሕማም ዓባይ ሰዓል (BCG) ክትባት ወሲድካ ዶ ትፈልጥ?  
Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein  እወ  ኣይፋል

ሕማም ስርዓት ምክልኻል ሕማም ወይ ሕበጥ ኣለካ ዶ?  
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein  ኣይፈልጥን  እወ  ኣይፋል

ሕማም ናይ ምክልኻል ስርዓት ዘዳኻሙ መድኣኒታት ወሲድካ ዶ ነይርካ(ንኣብነት ኮርቲሶን)?  
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein  ኣይፈልጥን  እወ  ኣይፋል

ንደቂ ኣንስትዮ፡ ጥንስቲ ዲኺ?  
Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein  እወ  ኣይፋል

እትወልድሉ ግምታዊ ዕለት መዓዝ እዩ፡ \_\_\_\_\_  
Wann ist der Entbindungstermin?

ዕለት፡ \_\_\_\_\_  
Datum

ክታም፡ \_\_\_\_\_  
Unterschrift

ሽምን ክታምን ወለዲ/መዕቢይቲ፡ \_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer