



سجل السيرة المرضية بغرض إجراء الفحوصات وفقاً للمادة 36 (4) من قانون الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها لدى الأشخاص (قانون الوقاية من العدوى - IfSG)

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

اللقب: (Nachname)	الاسم الأول: (Vorname)
النوع: (Geschlecht: w / m / d)	<input type="checkbox"/> أنثى w <input type="checkbox"/> ذكر m <input type="checkbox"/> مختلف d
العنوان: (Adresse)	تاريخ الميلاد: (Geburtsdatum)
رقم الهاتف: (Telefonnummer)	
البريد الإلكتروني: (E-Mail-Adresse)	
:AZR رمز الملف في السجل المركزي للأجانب AZR (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)	:MID كاشف الهوية المتعددة MID (MID multiple-identity-detector)

الرجاء إدخال جميع الأرقام السنوية، بأرقام عربية إذا كان هذا ممكناً. شكرًا!!

Bitte alle Jahreszahlen – bei Möglichkeit – in arabischen Ziffern eintragen. Danke!

لا
nein

نعم
ja

هل كنت مريضاً بمرض السل بالفعل؟

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____

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

لا
nein

نعم
ja

هل تعاني منذ أسبوعين أو أكثر من السعال؟

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل لديك بلغم يحتوي على دم عند السعال؟

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل تعاني منذ أسبوعين أو أكثر من صعوبة في التنفس؟

Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل انخفض وزنك في الشهور الأخيرة؟

Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل لديك تورمات عقدية مؤلمة برفقتك أو تحت الإبطين؟

Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل تعاني من التعرق الليلي؟

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل تعاني من ارتفاع درجة الحرارة (أكثر من 38 مئوية)؟

Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (> 38 °C)? ja / nein

لا
nein

نعم
ja

هل يعاني أي فرد في عائلتك من الأعراض المذكورة أعلاه؟

Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja / nein

هل سبق لك أن خضعت لأشعة سينية على الرئة؟
 Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

لا نعم
 nein ja

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____ هل كانت هناك أي أعراض؟
 Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

هل سبق لك أن خضعت لاختبار السل؟
 Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

لا نعم
 nein ja

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____ ما هي نتيجة الاختبار؟
 Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

ما هو نوع الاختبار الذي أجريته؟
 Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

اختبار دم اختبار الجلد
 Bluttest Hauttest

هل خالطت شخصًا يعاني من مرض السل؟
 Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

لا نعم
 nein ja

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟ _____
 Wenn ja, wann?

هل كنت تعمل في مستشفى/عيادة خارجية؟
 Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

لا نعم
 nein ja

هل جرى تطعيمك ضد السل (لقاح BCG)؟
 Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

لا نعم
 nein ja

هل تعاني من أحد أمراض الجهاز المناعي أو الأورام؟
 Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

لا نعم لا أعلم
 nein ja weiß ich nicht

هل تتناول أدوية تضعف جهاز المناعة (مثل الكورتيزون)؟
 Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

لا نعم لا أعلم
 nein ja weiß ich nicht

بالنسبة للسيدات: هل يوجد حمل؟
 Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

لا نعم
 nein ja

ما هو موعد الولادة: _____
 Wann ist der Entbindungstermin?

التاريخ: _____
 Datum

التوقيع: _____
 Unterschrift

اسم وتوقيع الوالدين/القائمين بالرعاية: _____
 Name und Unterschrift Eltern / Betreuer