



سابقه بیمار مطابق با ماده ۳۶ (۴) قانون پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی در انسان (قانون حفاظت در برابر عفونت - IfSG)

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

نام خانوادگی: (Nachname)	نام: (Name)
تاریخ تولد: (Geburtsdatum)	جنسیت: (Geschlecht: w / m / d) <input type="checkbox"/> مؤنث w <input type="checkbox"/> مذکر m <input type="checkbox"/> متنوع d
آدرس: (Adresse)	
شماره تلفن: (Telefonnummer)	
ایمیل: (E-Mail-Adresse)	
MID: آشکار ساز هویت چندگانه MID (MID multiple-identity-detector)	AZR: شماره پرونده مرکز ثبت اتباع خارجی AZR (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)

لطفاً همه سال‌ها را وارد کنید - در صورت امکان اعداد را به اروپایی وارد کنید. با تشکر!

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

- آیا تاکنون به بیماری سل مبتلا بوده‌اید؟  
در صورت مثبت بودن پاسخ، کی؟ \_\_\_\_\_  
nein    ja  
Waren Sie schon an einer Tuberkulose erkrankt? ja / nein  
Wenn ja, wann?
- آیا از دو هفته قبل یا پیش‌تر سرفه می‌کنید؟  
Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Husten? ja / nein  
nein    ja
- آیا خلط سینماتان آغشته به خون است؟  
Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein  
nein    ja
- آیا از دو هفته قبل یا پیش‌تر مشکل تنفسی دارید؟  
Haben Sie seit 2 Wochen oder länger Atembeschwerden? ja / nein  
nein    ja
- آیا وزن‌تان در ماه‌های اخیر کاهش پیدا کرده است؟  
Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht verloren? ja / nein  
nein    ja
- آیا توده‌های دردناکی در ناحیه گلو یا زیر بغل دارید؟  
Haben Sie schmerzhafte Knoten am Hals oder unter den Achseln? ja / nein  
nein    ja
- آیا تعریق شبانه دارید؟  
Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein  
nein    ja
- آیا دمای بدن‌تان بالاتر از ۳۸ درجه سانی‌گراد است؟  
Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung (> 38 °C)? ja / nein  
nein    ja
- آیا در خانواده‌تان شخصی دچار یکی از مشکلات فوق الذکر است؟  
Leidet jemand in Ihrer Familie unter den oben genannten Beschwerden? ja / nein  
nein    ja

آیا تا به حال از ریه‌هایتان عکس گرفته شده؟

بله  خیر   
ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme der Lunge durchgeführt? ja / nein

اگر پاسخ مثبت است، کی؟ \_\_\_\_\_ مشکلی در عکس‌تان مشخص شد؟  
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

بله  خیر   
ja nein

آیا تا به حال تست تشخیصی سل انجام داده‌اید؟

بله  خیر   
ja nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

اگر پاسخ مثبت است، کی؟ \_\_\_\_\_ نتیجه تست چه بود؟  
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

مثبت  منفی   
positiv negativ

چه نوع تستی انجام شد؟

تست پوست  تست خون   
Hauttest Bluttest

Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

آیا با شخص مبتلا به سل در تماس بودید؟

بله  خیر   
ja nein

Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

در صورت مثبت بودن پاسخ، کی؟ \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wann?

آیا در بیمارستان/ مرکز پزشکی سرپایی اشتغال داشته‌اید؟

بله  خیر   
ja nein

Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

آیا واکسن سل- (بجثژ) زده‌اید؟

بله  خیر   
ja nein

Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

آیا به اختلال سیستم ایمنی یا بیماری تومور مبتلا هستید؟

بله  خیر  نمی‌دانم   
ja nein weiß ich nicht

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

آیا از داروهایی استفاده می‌کنید (مثل کورتیزون) که تضعیف‌کننده سیستم ایمنی هستند؟

بله  خیر  نمی‌دانم   
ja nein weiß ich nicht

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

برای بانوان: آیا باردار هستید؟

بله  خیر   
ja nein

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

تاریخ زایمان چه موقع است: \_\_\_\_\_  
Wann ist der Entbindungstermin?

تاریخ: \_\_\_\_\_  
Datum

امضاء: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

نام و امضای والدین/سرپرست: \_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer