



مىژووى پزىشكى بۇ پىشكىنن به پىپى برگه 36 (4) ى ياساي ريگرىكردن و كوئىرولكردى نهخوشىيه توشىبووهكان له مروفدا  
(ياساي پاراستنى ههوكردن - IfSG)

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

ناوى سيانى: (Nachname)	ناو: (Vorname)
رمگىز: (Geschlecht: w / m / d)	پىاو <input type="checkbox"/> ڙن <input type="checkbox"/> هى دىكه <input type="checkbox"/> d m w
ناوونيشان: (Adresse)	
ژماره تلهفون: (Telefonnummer)	
نيمهيل: (E-Mail-Adresse)	
:AZR ژماره ى فايل، تومارى ناومدى هاوولاتيانى بيانى AZR (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)	:MID نامىزى دوزمرهوى فره ناسنامىيى MID (MID multiple-identity-detector)

تکليه سالهكان به ژماره ى عمره ى بنوسه، له هر شوينىک كه بلوى. سوپاس!

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

تا ئىستا نهخوشى سىلت ههبووه؟

نمگم بهلى، كهى؟

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو له 2 ههفته ى رابردو ىان زورتر كوخته بووه؟

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو به خوڙى و بهلغم كوچه دهكبهت؟

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو له ماوه ى 2 ههفته ى رابردو ىان زورتر كيشه ى هناسهكيشانت بووه؟

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو له ماوه ى چمىد مانگى رابردو ىا كيشى جهستمت دابهزبووه؟

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو گرى نازاربهخش لسهس مل ىان ژىر چمناگت ههيه؟

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو به دهست نارقه ى شوامره دنالينيت؟

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو پله ى گىرميت ههيه (>38°C)؟

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

نمخىز  بهلى   
nein ja

ناخو هىچ كس له خىزانمكهت بهدهست يهكى له ناساغيانه ى سهروه دنالينيت؟

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

نایا له رابردوودا تیشکی ئیکس سییهکانتان نهجامداوه؟

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

نهخیز  بهێی   
nein ja

نهگهر بهێی، کهمی؟ \_\_\_\_\_ هیچ شتیکی نانااسایی ههبووه؟

Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

نهخیز  بهێی   
nein ja

ناخۆ له رابردوودا پشکنینی سیلت کردووه؟

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

نهخیز  بهێی   
nein ja

نهگهر بهێی، کهمی؟ \_\_\_\_\_ نهجامی پشکنینهکه چی بوو؟

Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

نهڕینی  ئهڕینی   
negativ positiv

چ جزوه پشکنینیک نهجامداوه؟

Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

پشکنینی خوین  پشکنینی پیست   
Bluttest Hauttest

ناخۆ پێوهندیت لهگهڵ کهسێک بووه که نهخۆشی سیلی بووبیت؟

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

نهخیز  بهێی   
nein ja

نهگهر بهێی، کهمی؟ \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann?

ناخۆ له نهخۆشخانه/کلینیکێکی دهرمهوی نهخۆشخانه کارت کردووه؟

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

نهخیز  بهێی   
nein ja

ناخۆ کوتانی سیلت (BCG) کردووه؟

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

نهخیز  بهێی   
nein ja

ناخۆ نهخۆشی نهندامی بهرگری یان وهرمهیکت ههیه؟

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

نهخیز  بهێی  نازانم   
nein ja weiß ich nicht

نایا نهو دهرمانانه دهخویت که سیستهمی بهرگری لاواز دهکات (بۆ نمونه کورتیزۆن)؟

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

نهخیز  بهێی  نازانم   
nein ja weiß ich nicht

بۆ نافر هتان: ناخۆ دووگیانی؟

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

نهخیز  بهێی   
nein ja

رێکهمتی مهزهندهکراوی مندالییون کهمی: \_\_\_\_\_

Wann ist der Entbindungstermin?

رێکهمت: \_\_\_\_\_

Datum

واژۆ: \_\_\_\_\_

Unterschrift

ناو و واژۆی دایکوبوک/سهرپهرشتیاری یاسایی: \_\_\_\_\_

Name und Unterschrift Eltern / Betreuer