



انسانانو کې د عفوني ناروغيو د مخنیوي او کنټرول قانون کې د (4) 36 برخې ترمخې د معایناتو لپاره طبي سابقه (د عفونت د مخنیوي قانون - IfSG)

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

تخلص: (Nachname)	لومړی نوم: (Vorname)
جنسیت: (Geschlecht: w / m / d)	د زېږون نېټه: (Geburtsdatum)
ادرس: (Adresse)	
ټیلیفون شمېره: (Telefonnummer)	
ایمیل ادرس: (E-Mail-Adresse)	
:AZR فایل شمېره، د خارجي تبعو مرکزي راجسټر AZR (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)	:MID د گڼو هویتونو درک کوونکی MID (MID multiple-identity-detector)

مهرباني وکړئ چېرې چې ممکن وي کالونه په انگریزي شمېرو کې ولیکئ. مننه!

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

نه  هو   
nein ja

آیا تاسو ته کله توبرکلوز (نری رنځ) لگیدلی؟

که هو، نو کله؟ \_\_\_\_\_

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

نه  هو   
nein ja

آیا تېرو 2 اونيو يا له دې زياته موده کې تاسو ته توخي لگيدلی؟

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

نه  هو   
nein ja

آیا بلغم سره وینه راځي؟

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

نه  هو   
nein ja

تېرو 2 اونيو يا له دې زياته موده کې تاسو ته ساه اخيستنه کې تکليف پېښ شوی دی؟

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

نه  هو   
nein ja

آیا تېرو څو میاشتو کې ستاسو وزن کم شوی دی؟

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

نه  هو   
nein ja

آیا ستاسو په ورمېر یا تخرگونو لاندې غوټې جوړې شوي چې درد لري؟

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

نه  هو   
nein ja

آیا د شپې په وخت خولې کيری؟

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

نه  هو   
nein ja

آیا ستاسو تبه ده ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )؟

Besteht bei Ihnen eine Temperaturerhöhung ( $> 38^{\circ}\text{C}$ )? ja / nein

نه  هو   
nein ja

آیا ستاسو کورنۍ کې څوک شته چې پورته بیان شوي شکایتونه لري؟

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

آيا تاسو كله د سيني ( د ساه د سرو) ايکسري کړي ده؟

نه  هو   
nein ja

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

نه  هو   
nein ja

که هو، نو کله؟ \_\_\_\_\_ آيا ايکسري کي کومه غير عادي خبره درک شوي وه؟  
Wenn ja, wann? Gab es Auffälligkeiten? ja / nein

نه  هو   
nein ja

آيا تاسو كله د توبرکلوز ازموينه يعني ټسټ کړی دی؟  
Wurde bei Ihnen schon einmal ein Tuberkulosestest durchgeführt? ja / nein

منفي  مثبت   
negativ positiv

که هو، نو کله؟ \_\_\_\_\_ د ازمويني نتيجه څه وه؟  
Wenn ja, wann? Wie war das Ergebnis des Tests? positiv / negativ

د ويني ازموينه  د څرمنې ازموينه   
Bluttest Hauttest

څه ډول ازموينه ترسره شوي وه؟

Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

نه  هو   
nein ja

آيا تاسو كله د توبرکلوز مريض سره لگيدلي ياست ( يعني لمس شوی ياست)؟  
Hatten Sie Kontakt zu einer an Tuberkulose erkrankten Person? ja / nein

که هو، نو کله؟ \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wann?

نه  هو   
nein ja

آيا تاسو چيري په روغتون/يا د معائني کلينیک کي کار کړی دی؟  
Haben Sie in einem Krankenhaus/einer medizinischen Ambulanz gearbeitet? ja / nein

نه  هو   
nein ja

آيا تاسو كله د توبرکلوز (BCG) واکسين کړی دی؟  
Haben Sie eine Tuberkulose-(BCG-)Impfung erhalten? ja / nein

نه  هو  نه يم خبر   
nein ja weiß ich nicht

آيا تاسو د مدافعي نظام کوم مرض يا بدن کي کومه غوټه لری؟  
Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems oder einer Tumorerkrankung? weiß ich nicht / ja / nein

نه  هو  نه يم خبر   
nein ja weiß ich nicht

آيا تاسو داسي کوم دارو درمل) لکه کورتيزون (کاروی چي د بدن دفاعي نظام کمزوری کوي؟  
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen (z. B. Kortison)? weiß ich nicht / ja / nein

نه  هو   
nein ja

د زنانو لپاره: آيا تاسو حامله ياست؟  
Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

د زېږون اټکلي نېټه کله ده \_\_\_\_\_  
Wann ist der Entbindungstermin?

نېټه: \_\_\_\_\_  
Datum

لاسليک: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

د والدینو/سرپرستانو نوم او لاسليک: \_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Eltern / Betreuer