



انسانوں میں متعدی بیماریوں کی روک تھام اور کنٹرول ایکٹ کے 36 (4) کے مطابق جانچوں کی طبی سرگزشت (انفیکشن پروٹیکشن ایکٹ - IfSG)

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

خاندانی نام: (Nachname)	پہلا نام: (Vorname)
جنس: (Geschlecht: w / m / d)	تاریخ پیدائش: (Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> عورت w	<input type="checkbox"/> مرد m
<input type="checkbox"/> دیگر d	
پتہ: (Adresse)	
ٹیلی فون نمبر: (Telefonnummer)	
ای میل پتہ: (E-Mail-Adresse)	
:AZR فائل نمبر، غیر ملکی شہریوں کا مرکزی رجسٹر AZR (AZR Aktenzeichen Ausländerzentralregister)	:MID متعدد شناخت کا پتہ لگانے والا (MID multiple-identity-detector)

جہاں ممکن ہو سالوں کو عربی ہندسوں میں درج کریں۔ آپ کا شکریہ!

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کو کبھی تپ دق ہوا تھا؟

اگر ہاں، تو کب؟ _____

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کو پچھلے 2 ہفتوں یا اس سے زیادہ عرصے سے کھانسی ہے؟

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کو خون کے ساتھ تھوک کی کھانسی آتی ہے؟

Haben Sie beim Husten Auswurf mit Blutbeimengungen? ja / nein

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کو پچھلے 2 ہفتوں یا اس سے زیادہ عرصے سے سانس لینے میں دشواری ہو رہی ہے؟

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا پچھلے کچھ مہینوں میں آپ کا وزن کم ہوا ہے؟

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کی گردن پر یا آپ کے بغلوں کے نیچے درد کرنے والی گانٹھیں ہیں؟

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کو رات میں پسینے آتے ہیں؟

Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja / nein

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کا درجہ حرارت ($>38^{\circ}\text{C}$) ہے؟

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

ہاں
ja

نہیں
nein

کیا آپ کے خاندان کا کوئی فرد مندرجہ بالا شکایتوں میں سے کسی میں مبتلا ہے؟

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

کیا آپ نے ماضی میں پھیپھڑوں کا ایکس-رے کرایا ہے؟

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

نہیں ہاں
nein ja

اگر ہاں، تو کب؟ _____ کیا کوئی غیر طبعی حالت تھی؟

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

نہیں ہاں
nein ja

کیا آپ نے ماضی میں تپ دق کی جانچ کروائی ہے؟

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

نہیں ہاں
nein ja

اگر ہاں، تو کب؟ _____ جانچ کا نتیجہ کیا تھا؟

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

منفی مثبت
negativ positiv

کس قسم کی جانچ کی گئی تھی؟

Welcher Art von Test wurde durchgeführt? Hauttest / Bluttest

خون کی جانچ جلد کی جانچ
Bluttest Hauttest

کیا آپ کا رابطہ تپ دق میں مبتلا کسی شخص سے ہوا ہے؟

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

نہیں ہاں
nein ja

اگر ہاں، تو کب؟ _____
Wenn ja, wann?

کیا آپ نے ہسپتال/میڈیکل آؤٹ پشٹ کلینک میں کام کیا ہے؟

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

نہیں ہاں
nein ja

کیا آپ نے تپ دق (BCG) کا ٹیکہ لگوا یا ہے؟

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

نہیں ہاں
nein ja

کیا آپ کو مدافعتی نظام کی بیماری یا ٹیومر ہے؟

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

نہیں ہاں مجھے معلوم نہیں
nein ja weiß ich nicht

کیا آپ مدافعتی نظام کو کمزور کرنے والی دوائیں لے رہے ہیں (جیسے کورٹیسون)؟

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

نہیں ہاں مجھے معلوم نہیں
nein ja weiß ich nicht

خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں؟

Bei Frauen: Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

نہیں ہاں
nein ja

وضع حمل کی متوقع تاریخ کب ہے _____
Wann ist der Entbindungstermin?

تاریخ: _____

Datum

دستخط: _____

Unterschrift

والدین/سرپرستوں کے نام اور دستخط: _____

Name und Unterschrift Eltern / Betreuer