

عزيزي المريض،

يرجى ملء هذا الاستبيان الاستبيان مهم جدا . في المنزل ، يمكنك الكتابه على سبيل المثال الأمراض المزمنة المعروفة والعمليات والأدوية اليومية. يرجى تعبئتها بالكامل وبشكل كامل

بمساعدتك، يمكن تحسين علاجك لدي المزيد من الوقت لك . شكرا لمساعدتك

يرجى أن تكون الإجابة بأحدى اللغات التاليه (الإنجليزية، الألمانية، الفرنسية، الإسبانية أو البولندية) وليس باللغة العربية

المعلومات الأساسية:

اللقب:..... الاسم الاول:..... تاريخ الميلاد:.....
رقم الشارع:..... المدينة/ القرية..... البلد الام:.....

رقم الهاتف المحمول:..... هاتف المنزل:.....

عنوان البريد الإلكتروني:.....

الجنس: ذكر أنثى متنوع الطول.....سم الوزن.....كغ الاتصال بالأشخاص الناطقين بالألمانية.....

الأدوية المنتظمة (يرجى تحديد الجرعات) نعم لا

أخرى اذا لزم الامر	ليلا	مساء	ظهرا	صباحا	اسم شركة الدواء	
	—	25 mg	—	50 mg	Tietjenapfel®	e.g. Malus

هل اجريت عمليات سابقه نعم لا

متى	عملية
أغسطس ١٩٩٧	استئصال الزائدة الدودية

حالة التطعيم: إذا كان لديك شهادة تطعيم ، فيرجى إعطائها لنا! مهم جدا! إذا لم يكن كذلك ، يرجى كتابة التطعيمات التي تتذكرها ، على سبيل المثال هل تم تطعيمك بانتظام خلال مرحلة الطفولة؟ متى كان آخر تطعيم لك؟ هل تم تطعيمك ضد COVID-19 يرجى إعطاء التفاصيل.

.....

هل لديك أمراض مزمنة نعم لا

الأعراض	منذ متى؟	أخرى
e.g. ارتفاع ضغط الدم مثال	صيف ٢٠٠٢	

هل لديك حساسية من دواء / عدم تحمل نعم لا

حساسيه؟	ماذا حدث
e.g. البنسلين	رد فعل جلدي

المخاطر نعم لا

التدخين والكحول	على سبيل المثال علبة سجائر واحدة يوميًا منذ 20 عامًا
e.g.	

ملاحظه

هذه المعلومات سرية ولن تخضع للجهات الحكوميه ولكن لمعرفة اذا كان يوجد خطر أكبر للإصابة بالامراض .
المخاطر المرتبطة باللاجئين / الصراع نعم لا

مدة العيش في ظل ظروف خاصة مثل الملاجئ، المخايئ العسكرية، مخيمات اللاجئين

.....

ما هي المحطات / البلدان التي مررت بها خلال طريق الهروب ؟

.....

هل عانيت من أحداث صادمة مثل أعمال الحرب والعنف الجنسي والتعذيب؟

.....

هل كنت على تواصل بأشخاص لديهم مرض السل ، على سبيل المثال السل في عائلتك؟ نعم لا

هل توجد أمور أخرى نعم لا

على سبيل المثال الرياضة، العلاج النفسي، الأمراض داخل الأسرة، المخاطر المرتبطة بالوظيفة، الفحوصات الدورية

--