

Aufnahmebogen für Geflüchtete

Сьогоднішня дата
Heutiges Datum __/__/__

Прізвище / Nachname _____

Ім'я / Vorname _____

Дата народження / Geburtsdatum _____

стан здоров'я (Gesundheitszustand):

Чи є у вас одне або кілька хронічних захворювань? Відзначте відповідну галочку:
Haben Sie eine oder mehrere chronische Erkrankungen? Zutreffendes ankreuzen:

- гіпертонія (Bluthochdruck)
- хвороба серця / порок серцевого клапана (Herzerkrankung / Herzklappenfehler)
- інсульт (Schlaganfall)
- порушення кровообігу/тромбоз/ емболія (Durchblutungsstörung/Thrombose/Embolie)
- захворювання легенів/астма/ хронічний бронхіт (Lungenerkrankung /Asthma/Chronische Bronchitis)
- епілепсія або інший неврологічний розлад (хвороба Паркінсона, розсіяний склероз) (Krampfleiden oder andere neurologischer Erkrankung (Parkinson, MS))
- рак, раніше або зараз (Krebserkrankung, früher oder aktuell)
- цукровий діабет (Diabetes mellitus)
- захворювання обміну речовин (захворювання щитовидної залози, Жировий обмін) (Stoffwechselerkrankung (Schilddrüsenerkrankung, Fettstoffwechsel))
- захворювання кишечника (хвороба Крона, виразка, виразковий коліт) (Erkrankungen des Verdauungstraktes (M. Crohn, Magengeschwür, Kolitis))
- Захворювання нирок (ниркова недостатність, операції на нирках) (Nierenerkrankungen (Nierenschwäche, Nierenoperationen))
- психічні захворювання (Депресія, залежність) (psychische Erkrankung (z.B. Depression, Abhängigkeit))

- хронічні інфекційні захворювання (ВІЛ, гепатит, туберкульоз)
(chronische Infektionskrankheit (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose))
- стан після коронавірус хвороба (durchgemachte Covid-Infektion)
- Інші захворювання (andere Erkrankungen):

- операції (Operationen):

ліки (Medikamente):

ліки, що приймаються регулярно (навіть контрацептиви)
(regelmäßig eingenommene Medikamente (inklusive Verhütungsmittel)):

- Я не приймаю ліки регулярно (keine regelmäßigen Medikamente)

Актуальні скарги (Aktuelle Beschwerden):

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> лихоманка (Fieber) | <input type="checkbox"/> діарея (Durchfall) |
| <input type="checkbox"/> нічна пітливість (Nachtschweiß) | <input type="checkbox"/> біль у м'язах / болі в тілі
(Muskel-/Gliederschmerzen) |
| <input type="checkbox"/> кашель (Husten) | <input type="checkbox"/> Біль у горлі (Halsschmerzen) |
| <input type="checkbox"/> кашель з мокротою
(Husten mit Auswurf) | <input type="checkbox"/> виснаження
(Erschöpfung, Abgeschlagenheit) |
| <input type="checkbox"/> небажана втрата ваги
(ungewollter Gewichtsverlust) | <input type="checkbox"/> біль (Schmerzen) |
| <input type="checkbox"/> нездатність розвиватися у дитини
(Gedeihstörung bei Kindern) | <input type="checkbox"/> інший (anderes) |
| <input type="checkbox"/> задишка (Atemnot) | <hr/> <hr/> |

попередні інфекції - навіть у дитинстві:

(Durchgemachte Infektionen - auch in der Kindheit)

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> кір (Masern) | <input type="checkbox"/> коклюш (Keuchhusten) |
| <input type="checkbox"/> свинка (Mumps) | <input type="checkbox"/> туберкульоз (Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> краснуха (Röteln) | <input type="checkbox"/> інший (anderes) _____ |
| <input type="checkbox"/> поліомієліт (Polio) | |

Чи контактували ви з хворим на туберкульоз протягом останніх 12 місяців?

(In den letzten 12 Monaten Kontakt zu Tuberkulosekranken gehabt?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

статус вакцинації (Impfstatus):

При собі маю повну документацію про щеплення:

(Ich habe eine vollständige Dokumentation über meine Impfungen dabei:)

- так (ja) ні (nein)

a) Ви вакциновані проти коронавірусу? (Sind Sie gegen Sars-CoV-2 geimpft?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

b) Ви вакциновані від кору, паротиту, краснухи? (Sind Sie gegen Masern, Mumps, Röteln geimpft?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

c) Ви вакциновані проти поліомієліту? (Sind Sie gegen Poliomyelitis geimpft?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

d) Чи зробили ви щеплення від туберкульозу? (Haben Sie eine Tuberkulose-Impfung erhalten?)

- так (ja) ні (nein) я не знаю (weiß nicht)

Ризик (Risiko):

- Я вагітна (Ich bin schwanger)
- Зі мною дитина віком до 1 року (Ich habe ein Kind unter 1 Jahr bei mir)
- Я приймаю імуносупресивні препарати (напр. кортизон, хіміотерапія)
(Ich nehme immunsuppressive Medikamente) (z.B. Kortison, Chemotherapeutika)
- У мене хронічна інфекція, напр. туберкульоз, ВІЛ. (Ich habe eine chronische Infektion. Z.B. TBC, HIV)
- Стан після трансплантації органів (Zustand nach Organtransplantation)

Зауваження (Anmerkungen):
