

Erklärung für den Arzt

Explication à l'attention du médecin

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt, zur besseren und reibungsloseren medizinischen Versorgung ausländischer Patienten haben wir dieses einfache Gesundheitsheft entwickelt.

Hintergrund

In den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland durchlaufen Asylbewerber im Rahmen des Asylverfahrens mehrere Stationen an verschiedenen Orten und konsultieren dabei ggf. verschiedene Ärzte. Durch Probleme in der Übermittlung von Befunden wird eine kontinuierliche Behandlung von Erkrankungen dabei oft erschwert. Dies führt in vielen Fällen nicht nur zu Verzögerungen in der Diagnostik und Behandlung, sondern verursacht durch mehrfach durchgeführte diagnostische Maßnahmen auch unnötige Kosten.

Um diesem Problem zu begegnen, soll dieses Heft *beim Patienten verbleiben* und möglichst alle relevanten gesundheitsbezogenen Informationen enthalten. Damit soll sichergestellt werden, dass auch nach einem Ortswechsel die bisherige Krankengeschichte nachvollziehbar ist.

Zu diesem Heft

Nach einem *Informationstext für Patienten*, in dem das deutsche Gesundheitssystem erklärt wird, enthält dieses Heft zwei *zweisprachige Anamnesebögen*. Der eine soll Ihnen bei der Erhebung der allgemeinen Krankengeschichte und der Erfassung von Vorerkrankungen helfen, der andere erfasst die aktuell akuten Beschwerden.

Eine *Terminliste* soll einerseits analog zu Bestellkärtchen den Patienten helfen, vereinbarte Termine im Blick zu behalten, andererseits aber auch weiterbehandelnden Ärzten einen Überblick ermöglichen, zu welchen Kollegen und Fachrichtungen ihr Patient bereits Kontakt hatte.

Damit Redundanzen in Diagnostik und Therapie vermieden werden, möchten wir

Sie außerdem bitten, alle von Ihnen erhobenen Befunde, eingeleiteten oder durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, sowie Ihre Kontaktadresse für eventuelle Rückfragen weiterbehandelnder Ärzte dem Heft beizufügen. Dafür können Sie entweder eine Kopie oder einen *Ausdruck Ihrer Patientenakte* mit abheften, oder aber das beigefügte Formular für einen *Kurzarztbrief* nutzen.

Sollten Sie einzelne Komponenten dieses Heftes nutzen wollen, können Sie den gewünschten Teil (oder das ganze Heft) unter folgendem Link kostenfrei downloaden:

www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft

Nachfolgend finden Sie zudem weitere Links, auf denen weiterführende Informationen zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylbewerbern bereit gestellt sind.

Weitere Ressourcen

Zweisprachige *Aufklärungsbögen für Impfungen* finden sich auf der Internetseite des Robert-Koch-Institutes:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html

Im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34 findet sich ab Seite 329 der *Nachhol-Impfkalender*, der das Impfschema für bislang ungeimpfte Flüchtlinge nach Alter gestaffelt darstellt:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/34_13.pdf?__blob=publicationFile

Bei *Sprachproblemen* bietet die "Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt" telefonische Dolmetscherdienste an. Die Hotline, von der aus Sie an einen Dolmetscher weiterverbunden werden, erreichen Sie unter folgender Nummer: **0345/213 893 99**.

Weiteres mehrsprachiges Infomaterial unter: <http://medinetz-halle.de/materialien>

Informations sur ce carnet et sur le système de santé allemand

1. Ce Carnet de santé

L'intention de ce document est de vous aider à mieux comprendre le système Allemand de Santé, et d'assurer que les médecins qui vous traitent soient informés des résultats de vos examens antérieurs.

Il se compose de différentes parties. Cette première partie contient des informations importantes sur le système de santé en Allemagne et vous explique comment vous pouvez obtenir une assistance médicale en cas de maladie. Il contient également des informations relatives à ce carnet et destinées à votre médecin.

La deuxième partie contient deux questionnaires sur vos antécédents médicaux (les maladies et les problèmes que vous avez eus) que vous pouvez remplir avant de voir un médecin, pour faciliter les communications avec ce dernier : sur le premier questionnaire, vous pouvez indiquer vos maladies antérieures et les antécédents médicaux. Sur le deuxième questionnaire, vous pouvez décrire vos symptômes actuels.

Il est également possible pour le médecin de documenter les traitements dans ce carnet. Veuillez apporter ce carnet chaque fois que vous consultez le médecin. Ainsi, il pourra rapidement avoir un aperçu de vos antécédents médicaux.

Ce carnet est uniquement pour vous. Il n'est pas lié à votre procédure de demande d'asile et concerne uniquement vos soins médicaux. Vous décidez à qui vous voulez le montrer. Personne ne peut voir vos informations personnelles contenues dans ce document contre votre volonté.

2. Droits des patients

En Allemagne, chaque personne bénéficie à tout moment d'un droit aux soins médicaux.

L'utilisation des services médicaux n'a pas d'impact négatif sur votre procédure de demande d'asile.

Les médecins traitants bénéficient d'un pouvoir discrétionnaire. Cela signifie qu'ils ne peuvent parler de leurs patients avec des tiers que si leurs patients le permettent. Il est interdit également de transmettre des informations aux gouvernements.

Toute personne est libre de choisir son médecin elle-même. Si vous n'êtes pas satisfait(e) de votre médecin, vous pouvez consulter un autre médecin.

Tant que votre procédure de demande d'asile sera en cours, le bureau d'aide sociale (Sozialamt) est responsable du paiement de votre traitement médical. Pour cela, vous avez besoin de demander au bureau d'aide sociale un certificat de traitement (*Behandlungsschein*).

Ce certificat garantit à votre médecin la prise en charge des dépenses engagées pour tous les traitements médicaux qui s'avèrent nécessaires.

Si votre bureau d'aide sociale refuse un traitement, vous pouvez contester cette décision avec le médecin pour obtenir le réexamen de la prise en charge financière.

Après plus de 15 mois passés en Allemagne, vous aurez accès au système de santé normal.

3. Santé et procédure de demande d'asile

Vous allez passer par différentes phases au cours de votre procédure de demande d'asile.

3.1 Accueil initial – examen

Après leur arrivée en Allemagne, les demandeurs d'asile sont logés dans les institutions centrales. Vous serez enregistré(e) pour pouvoir être en mesure de faire votre demande d'asile.

Chaque demandeur d'asile doit subir un examen médical par un médecin dans le cadre de son enregistrement. Cet examen permet de dépister les maladies infectieuses et implique habituellement un examen physique et un examen radiographique des poumons. De plus, il vous sera proposé dans le cadre de cet examen, de vous faire vacciner.

Veillez partager avec votre médecin les informations importantes sur votre état de santé! Il peut vous aider à obtenir le traitement nécessaire en cas de maladie. Si vous avez un certificat de vaccination ou d'autres documents sur votre santé, veuillez les apporter et les lui présenter.

3.2 Conseils pratiques

Après un certain temps, vous serez logé(e) dans un centre d'hébergement collectif. Dans ces centres d'hébergement, vous serez accueilli(e) par des travailleurs sociaux (*Sozialarbeiter*) qui ne manqueront pas de vous venir en aide pour bien vivre en Allemagne en répondant à toutes vos questions.

Traitement non urgent

Si vous voulez voir un médecin, vous avez besoin d'un certificat de traitement (*Behandlungsschein*). Pour les maux de dents, vous avez besoin d'un certificat de traitement dentaire spécial. Ces deux certificats sont fournis par le bureau d'aide sociale (*Sozialamt*). Demandez à votre travailleur social où se trouve le bureau d'aide sociale compétent en la matière et comment vous pouvez obtenir le certificat de traitement. Veuillez décrire clairement vos symptômes actuels au responsable du bureau d'aide sociale. Si vous avez des douleurs, veuillez les préciser.

Avec le certificat de traitement, vous pouvez consulter un médecin généraliste. Si vous souhaitez consulter d'autres médecins, vous avez besoin d'une lettre de référence rédigée par le médecin généraliste (*Überweisungsschein*) à l'attention d'un médecin spécialiste. Pour les médecins spécialistes, il est généralement nécessaire de prendre un rendez-vous. Les temps d'attente pour un rendez-vous peuvent même atteindre plusieurs semaines. Au rendez-vous, vous devez être à l'heure parce que le médecin a réservé ce créneau horaire pour vous. Si vous ne parlez pas allemand, demandez l'aide d'un ou d'une interprète et demandez au médecin s'il ou elle peut vous accompagner.

Si vous avez besoin de médicaments, le médecin vous fera une ordonnance (*Rezept*). Il existe deux types d'ordonnance, de deux couleurs différentes (rouge et verte). Avec ces ordonnances, vous devez aller à la pharmacie pour recevoir votre ou vos médicaments. Vous n'aurez rien à payer pour les médicaments prescrits sur une ordonnance rouge, tandis que vous devrez payer les médicaments prescrits sur une ordonnance verte. Le bureau d'aide sociale vous délivrera le certificat de traitement ainsi qu'un document qui montre à la pharmacie que vous ne devez pas payer pour les ordonnances rouges. Veuillez bien conserver ce document et le montrer au pharmacien.

Urgences

En cas d'urgence, vous n'avez pas besoin d'un certificat de traitement et vous pouvez vous présenter aux services d'urgence des hôpitaux. Les services d'urgence sont ouverts 24 heures sur 24, y compris les jours fériés. En cas de symptômes engageant votre pronostic vital ou si vous ne pouvez pas aller aux urgences à cause de votre maladie, vous pouvez appeler les services d'urgence. Le numéro du service d'urgence est le 112. Si vous ne parlez pas allemand, essayez de trouver quelqu'un qui appellera une ambulance pour vous. Si personne n'est disponible, donnez lentement votre nom et le lieu d'où vous appelez (p. ex. le nom de la rue).

3.3 À la fin de la procédure de demande d'asile

Une fois que votre procédure de demande d'asile est terminée ou après avoir vécu pendant 15 mois en Allemagne, vous pourrez bénéficier de l'assurance-maladie qui est réservée aux résidents. Vous recevrez alors une carte d'assurance-maladie (une carte à puce) et vous n'aurez plus besoin des certificats de traitement du bureau d'aide sociale.

Avec cette carte à puce, vous pouvez avoir accès à tous les soins médicaux (et à tous les médecins).

4. Contacts

Si vous tombez malade et qu'il vous est difficile d'être soigné(e), vous pouvez contacter le travailleur social de votre logement. En outre, il existe beaucoup de centres de conseil et d'associations qui offrent leur aide gratuitement.

Pour avoir de l'aide en cas de difficultés pour vous faire soigner :

Medinetz Halle e. V.

Ludwigstraße 37, 06110 Halle
Téléphone: 0152/159 300 43
jour et horaires de consultation:
les jeudis de 16 à 18h

Medinetz Magdeburg e. V.

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg
Téléphone : 0176/665 308 54
jour et horaires de consultation:
le mardi de 15 à 17h

Pour recevoir des conseils et une thérapie pour des problèmes de santé mentale :

Psychosoziale Zentren für Migrantinnen und Migranten (PSZ)

(Centres psycho-sociaux pour les migrants)

PSZ Halle

Charlottenstraße 7, 06108 Halle
Téléphone: 0345/21 25 768

PSZ Magdeburg

Liebknechtstraße 55, 39108 Magdeburg
Téléphone: 0391/63 10 98 07

Défense des intérêts des réfugiés en Saxe-Anhalt :

Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg
Téléphone: 0391/53 71 281

Assistance téléphonique avec en cas de problèmes avec la langue :

Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt

(Médiation linguistique en Saxe-Anhalt)
Téléphone: 0345/21 38 93 99

Behandlungsschein

Certificat de traitement

| | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|--|
| Stichtag (Stand) | Kosten-Nr. | Behandlungsschein Asyl | |
| Fachbereich Soziales | 123456789 | 12345 | Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle! |
| Name, Vorname des Leistungsbeziehenden nach AKB/LG, Anschrift | | | |
| Musterhahn, Max | | | |
| Robrienweg 26, 06132 Halle (Saale) | | | |
| geb. am | 01.01.1993 | | |
| AZ | 4564.945672 | | |
| Vergütung Nr. | gültig von 01.07.2015 bis 30.09.2015 | | |

Unfall/Unfallfolgen

Behandelnder Arzt in _____

Stadt Halle (Saale)
Fachbereich Soziales
Abt. Gesundheitsleistungen
Südpromenade 30
06106 Halle (Saale)

Wichtige Hinweise
Personen mit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz: Gültig bis zum Beginn einer Krankenkassenmitgliedschaft oder bis zum Widerruf, längstens jedoch bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres. Nicht übertragbar. Die Identität des Patienten ist zu überprüfen!
1. Für den neben genannten Asylbewerber werden gemäß § 4 AsylbLG die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände notwendigen Kosten vom Fachbereich Soziales übernommen. Dies gilt auch für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln.
2. Für Heilmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körpersersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Sach- und Sonderleistungen ist durch den Leistungspflichtiger die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Absenke werden nur ersetzt, wenn sie vom Sozialhilfesieger angefordert wurden!
3. Krankenhausaufweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, ebenfalls der Zustimmung des Kostenträgers. Dabei ist der nächst erreichbare Arzt und das nächstliegende Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Die Notwendigkeit der Behandlung ist vom Arzt schriftlich zu belegen. Ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung können nur die Kosten der Erstbehandlung übernommen werden.
4. Sollten die **Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten nicht möglich!**
5. **Wichtiger Hinweis für den Arzt:** Für die Leistungen durch niedergelassene Ärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt.
6. Die Arztkostenrechnung ist nach Quartalsende an die Stadt Halle (Saale), Sozialamt, Südpromenade 30, 06128 Halle (Saale) zu übersenden. Selbstverständlich können die Dienstleistungen der Kassenzentralen Vereinigung genutzt werden.
7. Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzentralen Notfalldienstes gültig.
8. Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der ACK übernommen.

Vertragserstempel des abrechnenden Arztes

Überweisungsschein

Lettre de référence

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--|------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | Überweisungsschein | | 06 |
| Name, Vorname des Versicherten | geb. am | <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung | Quartal |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | Geschlecht |
| Beauftragter Nr. | Arzt Nr. | Überweisung an | |
| Diagnose/Werkschtdiagnose | | <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms-/Wiederbehandlung | AU bis |
| Befund/Medikation | | <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V | |
| Auftrag | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg); display: inline-block;"> Verbindliches Muster </div> | |
| | | | |

Vertragserstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (01.2011)

Rotes Rezept

Ordonnance rouge

| | | | |
|--------------------------------|---------------------|--|------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | Rotes Rezept | | 06 |
| Name, Vorname des Versicherten | geb. am | <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung | Quartal |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | Geschlecht |
| Beauftragter Nr. | Arzt Nr. | Überweisung an | AU bis |
| Diagnose/Werkschtdiagnose | | <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms-/Wiederbehandlung | |
| Befund/Medikation | | <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V | |
| Auftrag | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg); display: inline-block;"> Verbindliches Muster </div> | |
| | | | |

Vertragserstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (01.2011)

Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

Antécédents médicaux généraux / maladies antérieures

Datum:

Name

Nom

Geburtsdatum

Date de naissance

Telefonnummer

Numéro de téléphone

Geschlecht

Sexe

weiblich

féminin

männlich

masculin

Familienstand

Situation matrimoniale

alleinstehend

célibataire

verheiratet

marié(e)

verwitwet

veuf(ve)

getrennt

séparé(e)

Kinder

Enfants

Nein

Non

Ja

Oui

Anzahl Kinder

Nombre d'enfants

Herkunftsland

Pays d'origine

Beruf im Herkunftsland

Profession dans le pays d'origine

Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

Partie réservée au service de santé publique allemand!

Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

Allgemeine Anamnese

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

Herz

Herzinfarkt

Herzschwäche

Herzklappenfehler

Andere:

Anamnèse générale

Quelles maladies avez-vous eues ou avez-vous actuellement?

Cœur

Infarctus du myocarde

Insuffisance cardiaque

Problème de valve cardiaque

Autres:

Lunge

Asthma

Andere:

Poumon

Asthme

Autres:

Magen

Magenentzündung

Sodbrennen

Estomac

Gastrite

Brûlures d'estomac

Leber

Leberzirrhose

Andere:

Foie

Cirrhose du foie

Autres:

Galle

Steinleiden

Andere:

Bile

Lithiase

Autres:

Darm

Krebs

Hämorrhoiden

Hernien

Andere:

Intestin

Cancer

Hémorroïdes

Hernies

Autres:

Niere/Blase

Nierenschwäche

Nierensteine

Blasenentzündungen

Andere:

Maladies rénales, de la vessie

Insuffisance rénale

Calculs rénaux

Cystites

Autres:

Frauen

Brustkrebs

Gebärmutterkrebs

Femmes

Cancer du sein

Cancer de l'utérus

Männer

Prostatavergrößerung
Prostatakrebs

Skelett

Arthrose
Rheuma
Wirbelsäulenschäden
Andere:

Hommes

Hypertrophie bénigne de la prostate
Cancer de la prostate

Squelette

Arthrose
Rhumatismes
Traumatismes médullaires (de la moelle épinière)
Autres:

Krebs

Krebsleiden
Bestrahlung
Chemotherapie
Krebs-Operation

Cancer

Maladies cancéreuses
Radiothérapie
Chimiothérapie
Chirurgie du cancer

Nerven/Hirn

Epilepsie
Schlaganfall
Andere:

Nerfs/cerveau

Épilepsie
AVC
Autres:

Augen

Glaukom
Katarakt

Yeux

Glaucome
Cataracte

Haut

Psoriasis
Andere:

Peau

Psoriasis
Autres:

Schilddrüse

Überfunktion
Unterfunktion

Thyroïde

Hyperthyroïdie
Hypothyroïdie

Andere

Diabetes
Bluthochdruck
Muskelkrankheiten
Thrombose
Blutungsneigung
Andere:

Autres

Diabète
Hypertension artérielle
Maladies musculaires
Thrombose
Hémorragie
Autres:

Welche Organe wurden operiert?

Quels organes ont-ils été opérés ?

| | | |
|---------------|--------------------------|--------------------|
| Lunge | <input type="checkbox"/> | Poumon |
| Herz | <input type="checkbox"/> | Cœur |
| Brust | <input type="checkbox"/> | Poitrine |
| Gebärmutter | <input type="checkbox"/> | Utérus |
| Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> | Césarienne |
| Ausschabung | <input type="checkbox"/> | Curetage |
| Schädel | <input type="checkbox"/> | Crâne |
| Gelenke | <input type="checkbox"/> | Articulations |
| Knochenbruch | <input type="checkbox"/> | Fracture osseuse |
| Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | Colonne vertébrale |
| Galle | <input type="checkbox"/> | Bile |
| Leber | <input type="checkbox"/> | Foie |
| Magen | <input type="checkbox"/> | Estomac |
| Darm | <input type="checkbox"/> | Intestin |
| Blinddarm | <input type="checkbox"/> | Appendice |
| Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> | Hémorroïdes |
| Blase | <input type="checkbox"/> | Vessie |
| Niere | <input type="checkbox"/> | Rein |
| Prostata | <input type="checkbox"/> | Prostate |
| Augen | <input type="checkbox"/> | Yeux |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> | Thyroïde |
| Andere: | | Autres: |

Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal festgestellt?

Laquelle ou lesquelles de ces maladies infectieuses avez-vous déjà eue(s) ?

| | | |
|-------------|--------------------------|-------------|
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Tuberculose |
| HIV | <input type="checkbox"/> | VIH |
| Röteln | <input type="checkbox"/> | Rubéole |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Hépatite |
| Windpocken | <input type="checkbox"/> | Varicelle |
| Masern | <input type="checkbox"/> | Rougeole |

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Medikamente:

Nahrungsmittel:

Pollen:

Andere:

Êtes-vous allergique ou intolérant à certaines substances ?

Médicaments:

Allergie alimentaire:

Pollen:

Autres:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

Non

Oui

Si oui, lesquels ? (Veuillez les noter ci-dessous)

| Name des Medikamentes <i>Nom du médicament</i> | Wirkstoffmenge <i>Quantité de principes actifs (posologie)</i> | Anzahl frÛhs <i>Quantité prise le matin</i> | Anzahl mittags <i>Quantité prise à midi</i> | Anzahl abends <i>Quantité prise le soir</i> |
|---|---|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Prenez-vous actuellement d'autres médicaments ?

Non

Oui

Si oui, lesquels?

Vorlagen:

Anamnesebogen 2

Arzttermine

Kurzarztbrief

Modèle de texte:

Questionnaire 2

Rendez-vous médicaux

Rapport médical court

Anamnesebogen 2

Questionnaire 2

Datum:

Name

Nom

Geburtsdatum

Date de naissance

Telefonnummer

Numéro de téléphone

Aktuelle Symptomatik

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | Fièvre |
| Husten | <input type="checkbox"/> | Toux |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> | Essoufflement |
| Erbrechen | <input type="checkbox"/> | Vomissement |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | Diarrhée |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | Constipation |
| Schwarzfärbung des Stuhls | <input type="checkbox"/> | Selles de couleur noire |
| Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Miction douloureuse |
| Rotfärbung des Urins | <input type="checkbox"/> | Urine de couleur rouge |
| Nächtliches Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Miction nocturne |
| Anschwellen der Beine und /oder der Füße | <input type="checkbox"/> | Gonflement des jambes et /ou des pieds |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> | Démangeaisons |
| Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut | <input type="checkbox"/> | Jaunissement des yeux et /ou de la peau |
| Vermehrtes nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> | Sueurs nocturnes (excessives) |
| Hörminderung | <input type="checkbox"/> | Perte auditive |
| Sehminderung | <input type="checkbox"/> | Perte de vision |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil |
| Leistungsminderung | <input type="checkbox"/> | Perte d'énergie |

Symptômes actuels

Parmi ces symptômes, lesquels avez-vous eus pendant ces derniers jours?

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Êtes-vous enceinte?

Oui

Non

Peut être

Combien de naissances ?

Wie viele Schwangerschaften?

Combien de grossesses ?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Combien de semaines se sont-elles écoulées depuis votre dernière période menstruelle?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?
Avez-vous perdu de poids au cours des 3 derniers mois?

Nein Ja
Non Oui

Wenn ja, wie viel Kilogramm?
Si oui, combien de kilogrammes?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?
Avez-vous récemment pensé à vous suicider?

Nein Ja
Non Oui

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Avez-vous actuellement des douleurs ?

Nein Ja
Non Oui

Wenn ja, wie oft?
Si oui, à quelle fréquence?

selten manchmal oft meistens immer
rarement parfois souvent la plupart du temps toujours

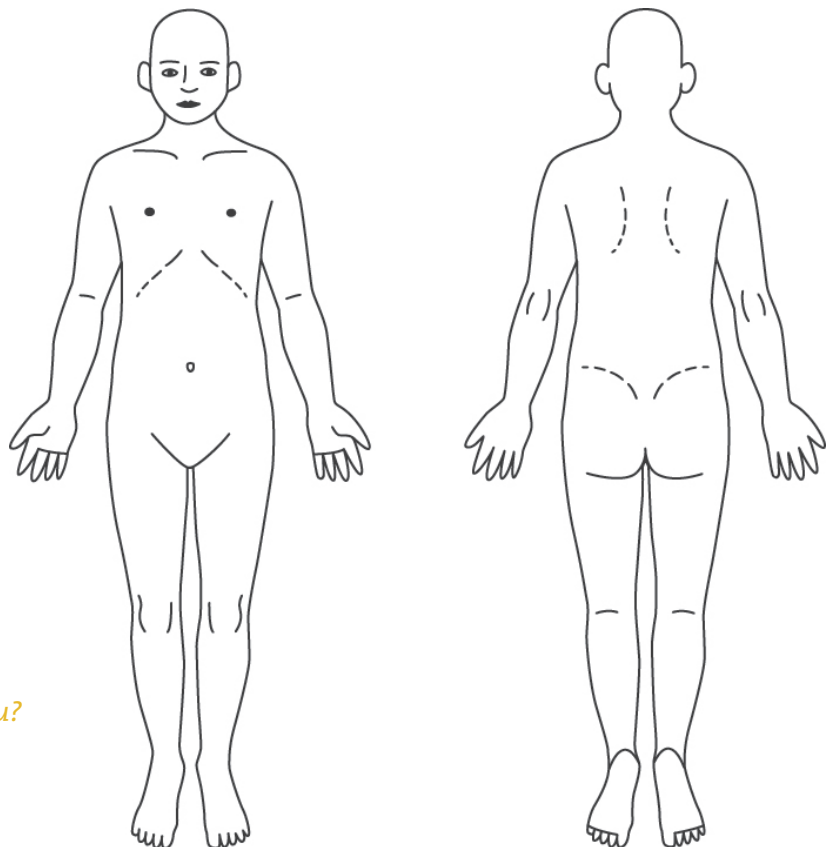
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?
Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)
*Où avez-vous des douleurs?
(Veuillez indiquer avec x)*

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)
*Où avez-vous des plaies?
(Veuillez indiquer avec o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)
*Où avez-vous des problèmes de peau?
(Veuillez indiquer avec #)*



Anamnesebogen 2

Questionnaire 2

Datum:

Name

Nom

Geburtsdatum

Date de naissance

Telefonnummer

Numéro de téléphone

Aktuelle Symptomatik

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | Fièvre |
| Husten | <input type="checkbox"/> | Toux |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> | Essoufflement |
| Erbrechen | <input type="checkbox"/> | Vomissement |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | Diarrhée |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | Constipation |
| Schwarzfärbung des Stuhls | <input type="checkbox"/> | Selles de couleur noire |
| Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Miction douloureuse |
| Rotfärbung des Urins | <input type="checkbox"/> | Urine de couleur rouge |
| Nächtliches Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Miction nocturne |
| Anschwellen der Beine und /oder der Füße | <input type="checkbox"/> | Gonflement des jambes et /ou des pieds |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> | Démangeaisons |
| Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut | <input type="checkbox"/> | Jaunissement des yeux et /ou de la peau |
| Vermehrtes nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> | Sueurs nocturnes (excessives) |
| Hörminderung | <input type="checkbox"/> | Perte auditive |
| Sehminderung | <input type="checkbox"/> | Perte de vision |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil |
| Leistungsminderung | <input type="checkbox"/> | Perte d'énergie |

Symptômes actuels

Parmi ces symptômes, lesquels avez-vous eus pendant ces derniers jours?

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Êtes-vous enceinte?

Oui

Non

Peut être

Combien de naissances ?

Wie viele Schwangerschaften?

Combien de grossesses ?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Combien de semaines se sont-elles écoulées depuis votre dernière période menstruelle?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?
Avez-vous perdu de poids au cours des 3 derniers mois?

Nein Ja
Non Oui

Wenn ja, wie viel Kilogramm?
Si oui, combien de kilogrammes?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?
Avez-vous récemment pensé à vous suicider?

Nein Ja
Non Oui

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Avez-vous actuellement des douleurs ?

Nein Ja
Non Oui

Wenn ja, wie oft?
Si oui, à quelle fréquence?

selten manchmal oft meistens immer
rarement parfois souvent la plupart du temps toujours

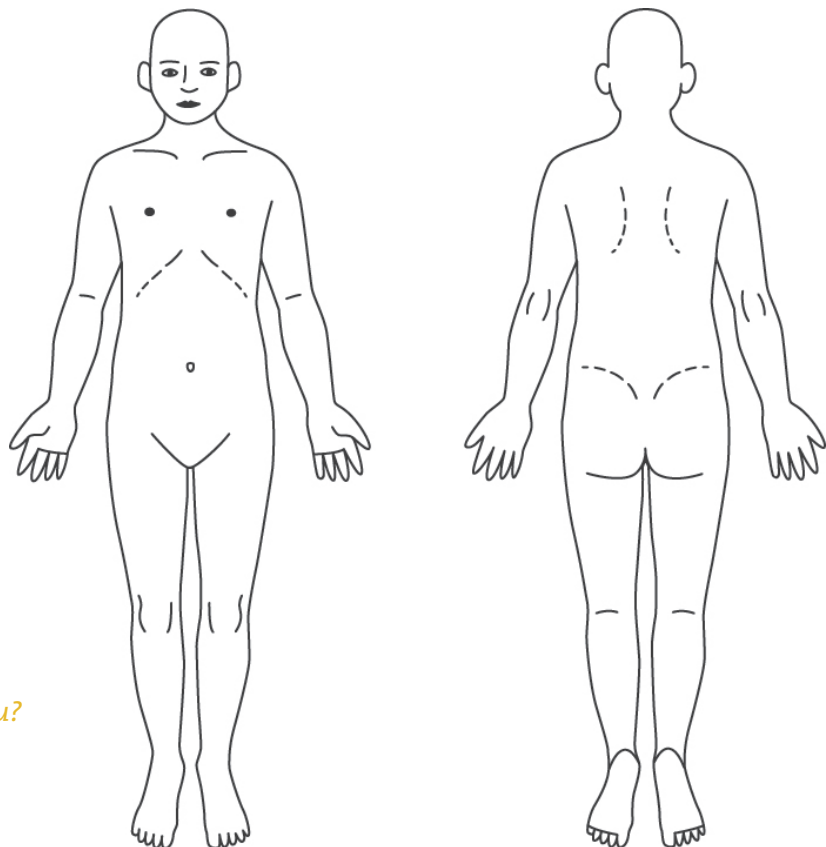
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?
Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)
*Où avez-vous des douleurs?
(Veuillez indiquer avec x)*

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)
*Où avez-vous des plaies?
(Veuillez indiquer avec o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)
*Où avez-vous des problèmes de peau?
(Veuillez indiquer avec #)*



Anamnesebogen 2

Questionnaire 2

Datum:

Name

Nom

Geburtsdatum

Date de naissance

Telefonnummer

Numéro de téléphone

Aktuelle Symptomatik

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | Fièvre |
| Husten | <input type="checkbox"/> | Toux |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> | Essoufflement |
| Erbrechen | <input type="checkbox"/> | Vomissement |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | Diarrhée |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | Constipation |
| Schwarzfärbung des Stuhls | <input type="checkbox"/> | Selles de couleur noire |
| Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Miction douloureuse |
| Rotfärbung des Urins | <input type="checkbox"/> | Urine de couleur rouge |
| Nächtliches Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | Miction nocturne |
| Anschwellen der Beine und /oder der Füße | <input type="checkbox"/> | Gonflement des jambes et /ou des pieds |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> | Démangeaisons |
| Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut | <input type="checkbox"/> | Jaunissement des yeux et /ou de la peau |
| Vermehrtes nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> | Sueurs nocturnes (excessives) |
| Hörminderung | <input type="checkbox"/> | Perte auditive |
| Sehminderung | <input type="checkbox"/> | Perte de vision |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil |
| Leistungsminderung | <input type="checkbox"/> | Perte d'énergie |

Symptômes actuels

Parmi ces symptômes, lesquels avez-vous eus pendant ces derniers jours?

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Êtes-vous enceinte?

Oui

Non

Peut être

Combien de naissances ?

Wie viele Schwangerschaften?

Combien de grossesses ?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Combien de semaines se sont-elles écoulées depuis votre dernière période menstruelle?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?
Avez-vous perdu de poids au cours des 3 derniers mois?

Nein Ja
Non Oui

Wenn ja, wie viel Kilogramm?
Si oui, combien de kilogrammes?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?
Avez-vous récemment pensé à vous suicider?

Nein Ja
Non Oui

Haben Sie aktuell Schmerzen?

Avez-vous actuellement des douleurs ?

Nein Ja
Non Oui

Wenn ja, wie oft?
Si oui, à quelle fréquence?

selten manchmal oft meistens immer
rarement parfois souvent la plupart du temps toujours

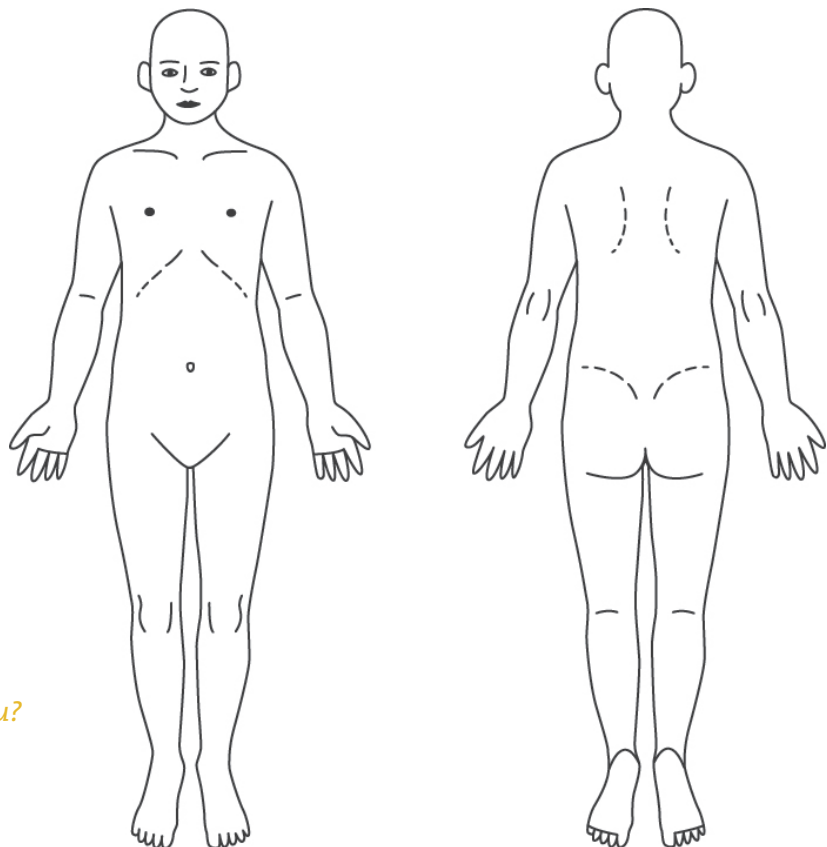
Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?
Quelle est l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wo haben Sie Schmerzen?
(Bitte einzeichnen mit x)
*Où avez-vous des douleurs?
(Veuillez indiquer avec x)*

Wo haben Sie Wunden?
(Bitte einzeichnen mit o)
*Où avez-vous des plaies?
(Veuillez indiquer avec o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?
(Bitte einzeichnen mit #)
*Où avez-vous des problèmes de peau?
(Veuillez indiquer avec #)*



Kurzarztbrief

Rapport médical court

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:

Kurzarztbrief

Rapport médical court

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:

Kurzarztbrief

Rapport médical court

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:

Kurzarztbrief

Rapport médical court

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse des behandelnden Arztes:

Diagnose:

Therapie:

Weiteres Vorgehen:

Beigefügte Befunde:
