

# Erklärung für den Arzt

## Објашњења за лекара

*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](http://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](http://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](http://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>



# Информације о овој брошури и о немачком систему здравствене заштите

## 1. Ова здравствена брошура

Ова брошура има за циљ да Вам помогне да се снађете у немачком здравственом систему и да осигурате да се надлежни лекари упознају са Вашом претходном историјом болести.

Она садржи различите делове. Овај први део садржи важне информације о здравственом систему у Немачкој и има за циљ да Вам објасни како можете да добијете медицинску помоћ у случају болести. Такође садржи и информације за вашег лекара о коришћењу ове брошуре.

Други део садржи два обрасца везано за историју болести које можете да попуните пре одласка код лекара, ради лакше комуникације са лекаром: на првом обрасцу можете да наведете своја претходна обољења и историју болести. На другом обрасцу можете да опишете своје тренутне симптоме.

Осим тога ова брошура даје лекару могућност да документује начине лечења. Молимо Вас да ову брошуру понесете са собом приликом сваке посете лекару. На тај начин омогућујете свом лекару да стекне брзи увид у вашу историју болести.

Ова брошура је само за вас. Она нема никакве везе са Вашим захтевом за доделу азила и служи искључиво за здравствену негу. Ви сами одлучујете коме желите да покажете ову брошуру. Нико противно Вашој вољи не сме да има увид у ваше личне податке који су овде садржани.

## 2. Права пацијената

У Немачкој свака особа има право на лечење.

Коришћење здравствених услуга нема никаквог негативног утицаја на поступак доделе азила.

Лекари који Вас лече морају Ваше податке да држе у тајности. То значи да они могу да причају о својим пацијентима само у случају, ако им они то дозволе. То се такође односи на пружање информација надлежним службама.

Свака особа може својевољно да се изабере свог лекара. Ако сте незадовољни са својим лекаром, можете потражити другог лекара.

Док се налазите у поступку за доделом азила, служба социјалног осигурања је (*Sozialamt*) је надлежна за плаћање вашег лечења. За ово је потребно да код службе социјалног осигурања поднесете захтев за издавање документа за здравствену негу (*Behandlungsschein*).

Овај документ за здравствену негу гарантује вашем лекару да ће сви потребни трошкови за здравствену негу бити надокнађени.

У случају да ваша служба социјалног осигурања одбије лечење, можете у сарадњи са својим лекаром да поднесете приговор како бисте остварили поновно преиспитивање везано за преузимање трошкова.

Накасније после 15 месеци у Немачкој добијате приступ уобичајеном здравственом осигурању.

### 3. Здравље у току поступка за добијањем азила

Током поступка за добијањем азила проћи ћете кроз разна одељења.

#### 3.1 Преглед код првог пријема

По доласку у Немачку азиланти се смештају у институције за централни прихват. Тамо ћете бити регистровани и моћи ћете тамо да поднесете захтев за добијањем азила.

Сваки азилант мора да прође медицински преглед од стране лекара у оквиру поступка регистрације. Овај преглед служи за благовремено откривање заразних болести и обично обухвата физички преглед и рендгенско снимање плућа. У оквиру тог прегледа биће вам такође понуђена могућност да се вакцинишете.

Саопштите лекару који вас прегледа све важне информације везано за ваше здравствено стање! У случају неког обољења, он може да вам помогне да добијете неопходно лечење. Ако имате вакцинациони лист или друге исправе о свом здравственом стању, молимо вас да их понесете са собом.

#### 3.2 Практични савети

Након неког времена бићете смештени у заједничко прихватилиште. У овим заједничким прихватилиштима раде социјални радници (Sozialarbeiter) који могу да вам помогну везано за сва питања око живота у Немачкој.

##### *Лечење када се не ради о хитном случају*

Ако желите да одете код лекара потребан вам је документ за здравствену негу (Behandlungsschein). У случају зубобоље потребан вам је посебан документ за лечење зуба. Оба документа издаје Завод за социјално осигурање (Sozialamt). Питајте свог социјалног радника где се налази надлежни завод за социјално осигурање и како можете да добијете документ за здравствену негу. Јасно опишите надлежном службенику у заводу за социјално осигурање ваше

тренутне симптоме. Јасно ставите до знања да имате болове.

Са документом за здравствену негу можете да посетите лекара опште праксе. Уколико желите да посетите друге лекаре, потребно је да вам ваш лекар опште праксе изда упут (Überweisungsschein) за специјалисту. Обично је за одлазак код специјалисте потребно да се унапред закаже термин за преглед. Време чекања за термин може притом да траје и по неколико недеља. Потребно је да стигнете тачно у уговорено време јер је лекар то време резервисао за вас. Ако још увек не говорите немачки, биће и вама и лекару од помоћи ако са собом поведете и преводиоца.

Ако су вам потребни лекови, лекар ће вам исписати рецепт (Rezept) за њих. Постоје две врсте рецепата који се разликују по боји (црвени и зелени). Са овим рецептима можете добити свој лек у апотеци. Лекове на црвеном рецепту добијате бесплатно, оне на зеленом рецепту морате да платите. Уз документ за здравствену негу добијате од завода за социјално осигурање и документ који означава апотеци да за црвене рецепте не морате ништа да платите. Добро чувајте тај документ и покажите га у апотеци.

##### *Хитни случајеви*

Код хитних случајева није потребно да имате документ за здравствену негу и можете да посетите хитну службу у болницама. Хитне службе раде 24 сати дневно, укључујући и празнике. Уколико имате симптоме који су опасни по живот или ако услед болести нисте у стању да одете у хитну службу, можете да позовете службу хитне помоћи. Број службе хитне помоћи је 112. Уколико још увек не говорите немачки, покушајте да нађете некога, ко би у ваше име позвао службу хитне помоћи. Ако немате никог, полако изговорите своје име и место са кога зовете (нпр., назив улице.).

### 3.3 По завршетку поступка за добијањем азила

По завршетку поступка за доделу азила или након што сте 15 месеци живели у Немачкој, можете да се пријавите служби за регуларно здравствено осигурање. Онда добијате картицу здравственог осигурања (чиповану картицу) и више вам неће бити потребан документ за здравствену негу од завода за социјално осигурање.

Са том чипованом картицом можете да посетите било ког лекара (и лекаре специјалисте).

## 4. Kontakti

Уколико у случају да сте болесни имате проблема око лечења можете да се обратите свом социјалном раднику у вашем смештајном прихватишту. Поред тога постоје многа саветовалишта и удружења која нуде бесплатну помоћ:

Помоћ у случају потешкоћа око остваривања лечења :

#### **Medinetz Halle e. V.**

Ludwigstraße 37, 06110 Halle  
Телефон: 0152/159 300 43  
радно време: сваког четвртка од 16-18 сати

#### **Medinetz Magdeburg e. V.**

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg  
Телефон: 0176/665 308 54  
радно време: сваког уторка од 15-17 сати

Саветовање и терапије у случају психичких проблема пружају :

#### **Psychosoziale Zentren für Migrantinnen und Migranten (PSZ)**

(Психосоцијални центри за мигранте и мигранткиње)

#### **PSZ Halle**

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

#### **PSZ Magdeburg**

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

Заступање интереса избеглица у Саксонија-Анхалту :

#### **Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.**

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

Телефонска помоћ у случају језичких потешкоћа :

#### **Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt**

(Језичко посредовање у Саксонија-Анхалту)  
Телефон: 0345/21 38 93 99

# Behandlungsschein

## Документ за здравствену негу

Fachbereich Soziales		Kassen-Nr.	123456789	12345
Name, Vorname des Leistungsberechtigten nach AKB/LG, Anschrift				
Musterhahn, Max				
Robrienweg 26, 06132 Halle (Saale)				
geb. am		01.01.1993		
AZ		4564.945672		
Vertragsart		gültig von 01.07.2015		
		gültig bis 30.09.2015		

**Behandlungsschein Asyl**  
Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle!

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!

- 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.
- Für Heilmittel (z. B. Massagen, Heilbäder), Brillen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie Sach- und Sonderleistungen ist durch den Leistungspfläner die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Absenke werden nur ersetzt, wenn sie vom Sozialhilfesäger angefordert wurden!
- 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 bestätigen. Ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung können nur die Kosten der Erstbehandlung übernommen werden.
- Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten nicht möglich!
- 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.
- 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.
- Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzentralen Notfalldienstes gültig.
- Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der ACK übernommen.

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

# Überweisungsschein

## Упут

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Überweisungsschein</b>		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 befrist. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Geschlecht
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Diagnose/Werkschtdiagnose			
Befund/Medikation			
Auftrag			
<b>Überweisung an</b>			
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms-/Walterbehandlung			
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			
<b>Verbindliches Muster</b>			
Muster 6 (1.2011)			

# Rotes Rezept

## Црвени рецепт

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Rotes Rezept</b>		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 befrist. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Geschlecht
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Diagnose/Werkschtdiagnose			
Befund/Medikation			
Auftrag			
<b>Überweisung an</b>			
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms-/Walterbehandlung			
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			
<b>Verbindliches Muster</b>			
Muster 6 (1.2011)			

# Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

## Општа историја болести / претходна обољења

Datum:

Name

Име

Geburtsdatum

Датум рођења

Telefonnummer

Број телефона

Geschlecht

пол

Weiblich

женски

Männlich

мушки

Familienstand

Породично стање

Alleinstehend

неожењен/неудата

Verheiratet

ожењен/удата

Verwitwet

удовац/удовица

Getrennt

растављен/-а

Kinder

Деца

Nein

не

Ja

да

Anzahl Kinder

Број деце

Herkunftsland

Земља порекла

Beruf im Herkunftsland

Професија у земљи порекла

### Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

### Ово попуњава Здравствени одсек!

#### 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:

# Општа анамнеза

Које болести имате/сте имали?

## Срце

Срчани удар

Срчане слабости

Валвуларне болести срца

Други:

## Lunge

Asthma

Andere:

## Плућа

Астма

Други:

## Magen

Magenentzündung

Sodbrennen

## Стомак

Гастритис

Горушица

## Leber

Leberzirrhose

Andere:

## Јетра

Цироза јетре

Други:

## Galle

Steinleiden

Andere:

## Жуч

Камен

Други:

## Darm

Krebs

Hämorrhoiden

Hernien

Andere:

## Црева

Канцер

Хемороиди

Херније

Други:

## Niere/Blase

Nierenschwäche

Nierensteine

Blasenentzündungen

Andere:

## Бубрег / бешика

Бубрежна дисфункција

Камен у бубрегу

Упала бешике

Други:

## Frauen

Brustkrebs

Gebärmutterkrebs

## Жене

Рак дојке

Рак грлића материце



**Männer**

Prostatavergrößerung  
Prostatakrebs

  
**Мушкарци**

Увећање простате  
Рак простате

**Skelett**

Arthrose  
Rheuma  
Wirbelsäulenschäden  
Andere:

  
  
**Скелет**

Артритис  
Реуматизам  
Оштећења кичменог стуба  
Други:

**Krebs**

Krebsleiden  
Bestrahlung  
Chemotherapie  
Krebs-Operation

  
  
  
**Канцер**

Канцерогена обољења  
Радиотерапија  
Хемотерапија  
Операције канцера

**Nerven/Hirn**

Epilepsie  
Schlaganfall  
Andere:

  
**Нервни систем / мозак**

Епилепсија  
Мождани удар  
Други:

**Augen**

Glaukom  
Katarakt

  
**Очи**

Глауком  
Катаракта

**Haut**

Psoriasis  
Andere:

**Кожа**

Псоријаза  
Други:

**Schilddrüse**

Überfunktion  
Unterfunktion

  
**Тироидна жлезда**

Хиперфункција  
Хипофункција

**Andere**

Diabetes  
Bluthochdruck  
Muskelkrankheiten  
Thrombose  
Blutungsneigung  
Andere:

  
  
  
  
**Други**

Дијабетес  
Повишени крвни притисак  
Болести мишићног ткива  
Тромбоза  
Крварења  
Други:

## Welche Organe wurden operiert?

## Да ли сте оперисали неке органе?

Lunge	<input type="checkbox"/>	Плућа
Herz	<input type="checkbox"/>	Срце
Brust	<input type="checkbox"/>	Груди
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	Materica
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	Царски рез
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	Киретажа
Schädel	<input type="checkbox"/>	Лобања
Gelenke	<input type="checkbox"/>	Зглобови
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	Преломи костију
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Кичмени стуб
Galle	<input type="checkbox"/>	Жуч
Leber	<input type="checkbox"/>	Јетра
Magen	<input type="checkbox"/>	Желудац
Darm	<input type="checkbox"/>	Црева
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Слепо црево
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Хемороиди
Blase	<input type="checkbox"/>	Бешика
Niere	<input type="checkbox"/>	Бубрези
Prostata	<input type="checkbox"/>	Простата
Augen	<input type="checkbox"/>	Очи
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Тироидна жлезда
Andere:		Други:

---

## Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal festgestellt?

## Која од следећих заразних болести Вам је раније утврђена?

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Туберкулоза
HIV	<input type="checkbox"/>	ХИВ
Röteln	<input type="checkbox"/>	Рубеоле
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Хепатитис
Windpocken	<input type="checkbox"/>	Варичеле
Masern	<input type="checkbox"/>	Мале богиње

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Medikamente:

---

Nahrungsmittel:

---

Pollen:

---

Andere:

---

## Да ли имате утврђене алергије или нетрпељивости?

Лекови:

Прехрамбене намирнице:

Полен:

Други:

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

## Да ли узимате редовно неке лекове?

Не

Да

Ако је тако, које?

(Молимо вас да наведете у наставку)

Name des Medikamentes <i>Назив лека</i>	Wirkstoffmenge <i>Колико милиграма узимате у једној таблети?</i>	Anzahl frühs <i>Број лекова ујутру</i>	Anzahl mittags <i>Број лекова у подне</i>	Anzahl abends <i>Број лекова увече</i>

## Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

## Да ли тренутно узимате и неке друге лекове?

Не

Да

Ако је тако, које?

---

---



## Vorlagen:

**Anamnesebogen 2**

**Arzttermine**

**Kurzarztbrief**

## шаблони:

**istorija obrazac 2**

**Термини код лекара**

**Кратак медицински**

**извештај**



# Anamnesebogen 2

# istorija obrazac 2

Datum:

Name

*Име*

Geburtsdatum

*Датум рођења*

Telefonnummer

*Број телефона*

## Aktuelle Symptomatik

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

Fieber	<input type="checkbox"/>	Повишена температура
Husten	<input type="checkbox"/>	Кашаљ
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Отежано дисање
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Повраћање
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Дијареја
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Затвор
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Тамна столица
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Болове приликом мокрења
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Крв у мокраћи
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Да ли устајете често ноћу да мокрите?
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Отицање ногу и / или стопала
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Сврабеж
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Жуте боњаче и / или кожа
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Учестало знојење ноћу
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Смањена функција чула слуха
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Смањена функција чула вида
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Несанице
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Опадање функционалне способности

## Тренутни симптоми

Који од ових симптома сте приметили код себе у последњих неколико дана?

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Да

Не

Можда

Колико порођаја сте имали?

Wie viele Schwangerschaften?

Колико трудноћа?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Пре колико недеља је био ваш последњи менструални циклус?



Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Да ли сте у последња 3 месеца изгубили на тежини?

Nein   
He

Ja   
Да

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

Ако је тако, колико килограма?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Да ли сте у последње време размишљали о самоубиству?

Nein   
He

Ja   
Да

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Да ли тренутно имате болове?

Nein   
He

Ja   
Да

Wenn ja, wie oft?

Ако је тако, колико често?

Selten   
Ретко

Manchmal   
понекад

Oft   
често

Meistens   
углавном

Immer   
увек

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?

Ако је тако, колики је интензитет болова на скали од 1 (без болова) до 10 (максимални болови)?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

Где осећате болове?

(Молимо вас да обележите са знаком "x")

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

Где имате ране?

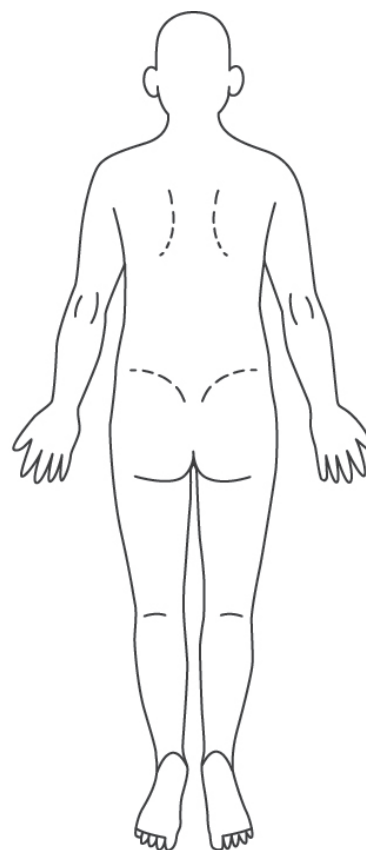
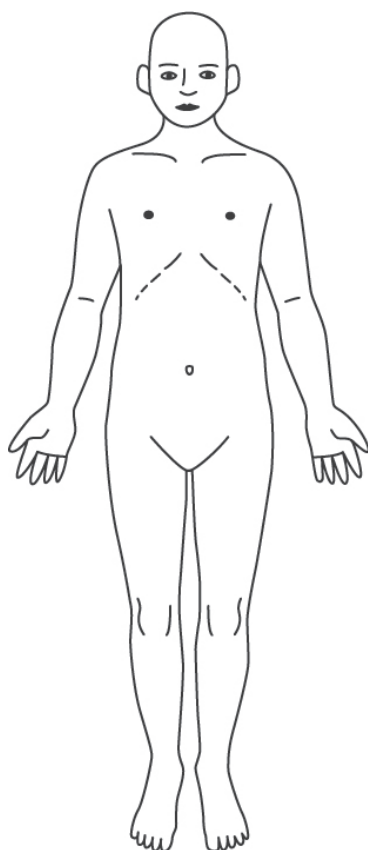
(Молимо вас да обележите са знаком "o")

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

Где имате аномалије на кожи?

(Молимо вас да обележите са знаком "#")



# Anamnesebogen 2

# istorija obrazac 2

Datum:

Name

*Име*

Geburtsdatum

*Датум рођења*

Telefonnummer

*Број телефона*

## Aktuelle Symptomatik

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

Fieber	<input type="checkbox"/>	Повишена температура
Husten	<input type="checkbox"/>	Кашаљ
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Отежано дисање
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Повраћање
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Дијареја
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Затвор
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Тамна столица
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Болове приликом мокрења
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Крв у мокраћи
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Да ли устајете често ноћу да мокрите?
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Отицање ногу и / или стопала
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Сврабеж
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Жуте боњаче и / или кожа
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Учестало знојење ноћу
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Смањена функција чула слуха
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Смањена функција чула вида
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Несанице
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Опадање функционалне способности

## Тренутни симптоми

Који од ових симптома сте приметили код себе у последњих неколико дана?

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Да

Не

Можда

Колико порођаја сте имали?

Wie viele Schwangerschaften?

Колико трудноћа?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Пре колико недеља је био ваш последњи менструални циклус?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Да ли сте у последња 3 месеца изгубили на тежини?

Nein   
He

Ja   
Да

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

Ако је тако, колико килограма?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Да ли сте у последње време размишљали о самоубиству?

Nein   
He

Ja   
Да

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Да ли тренутно имате болове?

Nein   
He

Ja   
Да

Wenn ja, wie oft?

Ако је тако, колико често?

Selten   
Ретко

Manchmal   
понекад

Oft   
често

Meistens   
углавном

Immer   
увек

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?

Ако је тако, колики је интензитет болова на скали од 1 (без болова) до 10 (максимални болови)?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

Где осећате болове?

(Молимо вас да обележите са знаком "x")

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

Где имате ране?

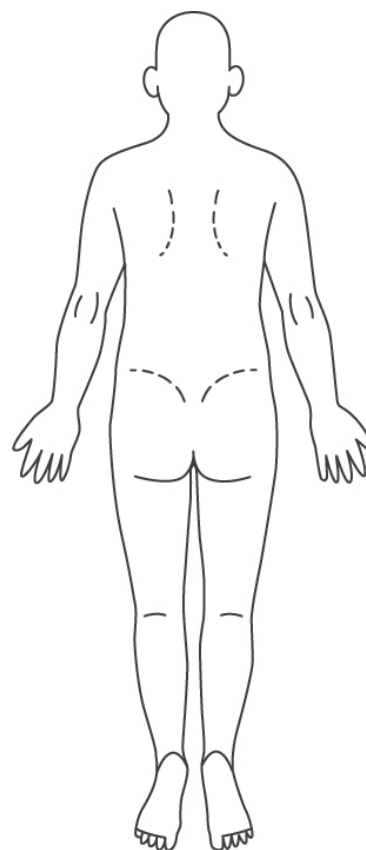
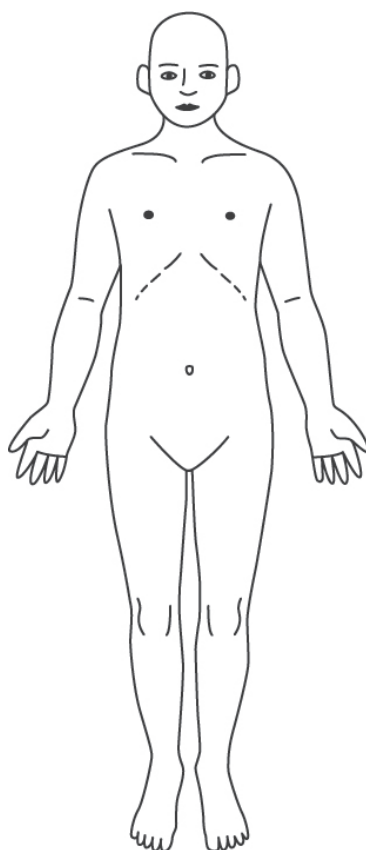
(Молимо вас да обележите са знаком "o")

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

Где имате аномалије на кожи?

(Молимо вас да обележите са знаком "#")



# Анамnesebogen 2

# istorija obrazac 2

Datum:

Name

*Име*

Geburtsdatum

*Датум рођења*

Telefonnummer

*Број телефона*

## Aktuelle Symptomatik

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

Fieber	<input type="checkbox"/>	Повишена температура
Husten	<input type="checkbox"/>	Кашаљ
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Отежано дисање
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Повраћање
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Дијареја
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Затвор
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Тамна столица
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Болове приликом мокрења
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Крв у мокраћи
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Да ли устајете често ноћу да мокрите?
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Отицање ногу и / или стопала
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Сврабеж
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Жуте боњаче и / или кожа
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Учестало знојење ноћу
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Смањена функција чула слуха
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Смањена функција чула вида
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Несанице
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Опадање функционалне способности

## Тренутни симптоми

Који од ових симптома сте приметили код себе у последњих неколико дана?

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Да

Не

Можда

Колико порођаја сте имали?

Wie viele Schwangerschaften?

Колико трудноћа?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Пре колико недеља је био ваш последњи менструални циклус?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

Да ли сте у последња 3 месеца изгубили на тежини?

Nein   
He

Ja   
Да

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

Ако је тако, колико килограма?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

Да ли сте у последње време размишљали о самоубиству?

Nein   
He

Ja   
Да

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Да ли тренутно имате болове?

Nein   
He

Ja   
Да

Wenn ja, wie oft?

Ако је тако, колико често?

Selten   
Ретко

Manchmal   
понекад

Oft   
често

Meistens   
углавном

Immer   
увек

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?

Ако је тако, колики је интензитет болова на скали од 1 (без болова) до 10 (максимални болови)?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

Где осећате болове?

(Молимо вас да обележите са знаком "x")

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

Где имате ране?

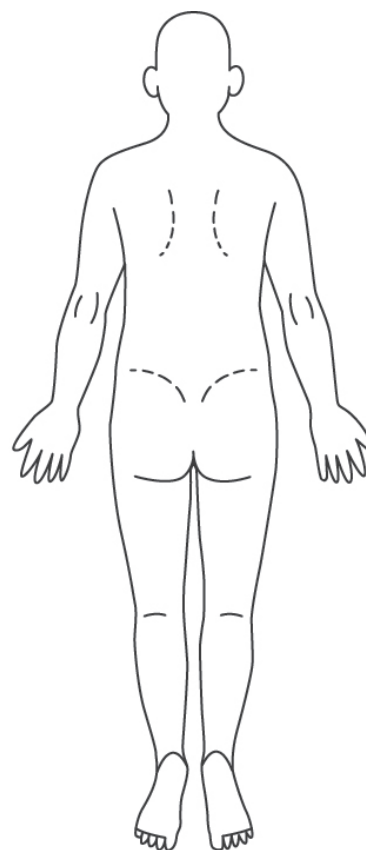
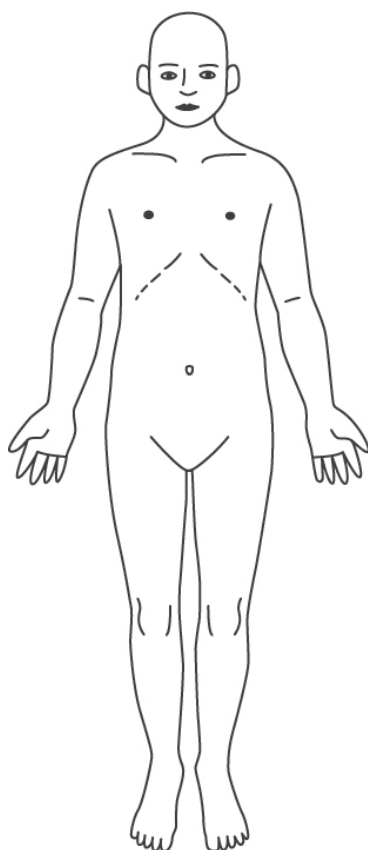
(Молимо вас да обележите са знаком "o")

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

Где имате аномалије на кожи?

(Молимо вас да обележите са знаком "#")









# Kurzarztbrief

## Кратак медицински извештај

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

# Kurzarztbrief

## Кратак медицински извештај

Datum: \_\_\_\_\_

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weiteres Vorgehen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Kurzarztbrief

## Кратак медицински извештај

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

# Kurzarztbrief

## Кратак медицински извештај

Datum: \_\_\_\_\_

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weiteres Vorgehen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_