

# Erklärung für den Arzt

## መግለጺ ነገ ሐኪም

*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 beigegefügte 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>



# ሐበሬታታት ናይዚ ነጻሐት ከምኡ ውን ናይ ስርዓት ጥዕና ጀርመን

## 1. እዚ ጥራዝ (መጻሕፍት) ጥዕና፡

እዚ ጥራዝ ናይ ጀርመን ስርዓተ ጥዕና ንክትፈልጡ ይሕግዘኩም እዩ። ከምኡ ውን ንዓኩም ዝሕግዘኩም (ዝክታተሉኩም) ሓካይም ብዝዓባ ዝነበረኩም ናይ ጥዕና ጸገማት ክፈልጡ ይህግዘኩም እዩ።

ከምኡ ድማ እዚ ጥራዝ ዝተፈለለዩ ክፋላት ሓዙ ኣሎ። እቲ ቀዳማይ ክፋል ናይ ጀርመን ስርዓተ ጥዕና ከመይ ምኳኑ ይሕብር። ብተወሳኪ ውን ብከመይ መልክዕ ሓደ ተሓካማይ ሓገዝ ከም ዝረክብ ይሕብር። ነቲ ሓኪም ብከመይ ከም ዝጥቀሙሉ ውን ትሕብር እዩ።

እቲ ካልኣይ ክፋል ፎርሚ ዝምላእ ኮይኑ ቅድሚ ናብ ዶክተር ምቅራብኩም ዝምላእ እዩ። እዚ ዝተገበረሉ ምክንያት ቅልጡፍ ኣገልግሎት ንምሃብ እዩ። ኣብታ ቀዳማይቲ ገጽ ዝነበረኩም ሕማማት ክትገልጹ ትኽእሉ ኢኩም። ኣብዛ ካልኣይቲ ፎርሚ ናይ ሂጂ ሕማምኩም ትገልጹ።

ብተወሳኪ ኣብዛ ጥራዝ ክፍቲ ቦታ መመዝገቢ ኣለዎ። ኩልኻዕ ናብ እትከድዎ ዶክተር ተማልእዎ። እዚ ምስ እትገብሩ ዶክተርኩም ንዝነበረኩም ሕማማት ብቀሊሉ ክግንዘብ ይክእል እዩ።

እዛ ጥራዝ ንዓኩም ጥራይ እዩ። ምስ ጉዳይ ዕቁባ ዝኮነ ምትእስሳር የብላን። እስኩም ብምርጫኩም ንዝኮነ ኣካል ክተርእይዎ ትኽእሉ። ብጀካ ናትኩም ፈቃድ ዝኮነ ሰብ ኸርእዩ ኣይክእልን እዩ።

## 2. መሰላት ዓማዊል

ኣብ ጀርመን ኩሉ ሰብ ወትሩ መሰል ሕክምናዊ ክንክን ኣለዎ። ምውሳድ (ምክትታል) ሕክምና ኣብ ጉዳይ ዑቕባኹም ኣሉታዊ ሳዕቤን የብሉን።

ክንክን ዝገብሩ ሓካይም ግዴታ ስቲርነት ኣለዎም። እዚ ማለት፣ ጥራይ ዓማዊል እንድሕር ፍቓድ ሂቦም ምስ ካልኦት ብዛዕባ ዓማዊሎም ክዛረቡ ይፍቐዱሎም እዩ። እዚ ውን ምንጋር ንቤት - ጽሕፈታውያን ሰፍራታት ኩልኩል እዩ።

ኩሉ ሰብ ንሓኪሙ ባዕሉ ንክመርጽ ናጽነት ኣለዎ። ምስ ሓኪምኩም እንተ ደኣ ዘይተመቐወኩም (ዘይተገደሰኩም) ፣ ካልእ ሓኪም ክትደልዩ ትኽእሉ ኢኹም።

ኣብ ትሕቲ ጉዳይ ዑቕባ እንተሃሊኩም፣ክፍሊቲም ብቤት - ጽሕፈት ሶሽያል (Sozialamt) እዩ ዝሸፈን። ነዚ ድማ ኣብ ቤት - ጽሕፈት ሶሽያል ሓደ ሰርቲፊኬት ክንክን (Behandlungsschein) ክትሓቱ ኣለኩም።

እዚ ሰርቲፊኬት ክንክን ንሓኪምኩም ናይ ዝኾነ ሕክምናኩም ኣድለይቲ ክንክናት ካብ ቤት - ጽሕፈት ከምተኸፍላ ርጉጽነት ይህቦ እዩ።

ቤት - ጽሕፈት ሶሽያል ሓደ ክንክን እንተ ደኣ ኣብዩኩም፣ ምስ ሓኪምኩም ብምኳን ተቓውሞ ክትገብሩ ትኽእሉ፣ እቲ መርመራ ምክፋል ሽቡ ከምብሓድኻ ምእንቲ ክካየድ። ድሕሪ 15 ኣዋርሕ ኣብ ጀርመን ጸንሒትኩም ናይ ፍርማል ኢንሹራንስ ኣገልግሎት ክወሃቡኩም እዩ።

## 3. ጥዕና ኣብ ጉዳይ ዑቕባ

ኣብ ጉዳይ ዑቕባኹም ዝተፈለለዩ መደባራት (መደባት) ክትሓልፉ ኢኹም።

### 3.1 ናይ መጀመርታ መርመራ ቀንዳ ተቐባልነት ኢዩ!

ድሕሪ ኣብ ጀርመን ምእታውኹም ሕቶ ዑቕባ ኣብ ማእኸላይ መቐመጢታት ክኣትዉ እዮም። ኣብኡ ክትምዘገቡ ኢኹም ከምኡ ውን ሕቶ ዑቕባ ክትሓቱ ትኽእሉ።

ዝኾነ ሓታቲ ዑቕባ ኣብ ዝምዘገበሉ እዋን ሕክምናዊ መርመራ ብሓደ ሓኪም ክገብር ኣለዎ። እዚ መርመራ ድማ ንቅድም ምርግጋጽ በከልቲ ሕማማት እዩ ዘገልግል። እዚ መርመራ ፍርማል ሓደ ኣካላታዊ መርመራ ከምኡ ውን ሓደ መርመራ ራጂ ሳንቡእ ኣለዎ። ብዘተረፈ ኣብዚ መርመራ ድማ ክታበት ክትገርቡ ኣማራጺ ኣለኩም።

ነቲ ክንክን ዝገብር ሓኪም ኩሉ ኣገደስቲ ሐበሬታታት ብዛዕባ ክትግርዎ ይግባእ። ኣብ ጉዳይ ሕማም ድማ እቲ ኣድላይ ክንክን ክግበረልኹም እዩ። እንድሕር ፓስፖርት ክታበት ወይ ካልእ ሰነዳት ብዛዕባ ጥዕናኹም ኣለውኹም፣ በጃኹም ተማልኡዎም።

3.2 ናይ ተግባር ምክሪታት

ድሕሪ ቅሩብ ግዜ ኣብ ሓደ ካምፒ (ሓፈሻዊ) መቐመጢ ክትኣትዉ ኢኹም። ኣብቲ ካምፒ (ሓፈሻዊ) መቐመጢታት ሕብረተሰባዎዎን ሰራሕተኛታት (Sozialarbeiter) ይሰርሑ፣ ኣብ ዝኾኑ ሕቶታት ብዛዕባ ምንባር ኣብ ጀርመን ክሕግዩኹም እዮም።

ክንክን ዘይህጹጽ ኩነት (ሕማማት)

ሓደ ሓኪም እንተ ደኣ ደሊኹም፣ ወረቐት ክንክን (Behandlungsschein) የድልየኩም። ኣብ ቃንዛ ሰኒ ድማ ፍሉይ ወረቐት ክንክን ሰኒ እዩ ዘድልየኩም። ክልተኣም ወረቐት ቤት-ጽሕፈት ሶሻያል (Sozialamt) እዮም ዝህቡኹም። ንሶሻያል ሰራሕተኛኹም ተሓታቲ ቤት-ጽሕፈት ሶሻያል ኣበይ ክምሙኹ ከምኡ'ውን ወረቐት ክንክን ከመይ ክትቐበሉ ክምትኽእሉ ሕተቱም ኢኹም። ነቲ ሰራሕተኛ ኣብ ሶሻያል ቤት-ጽሕፈት ብልክዕ ናይ ሕጂ ዘለኩም ጥርግዓት (ሕማማት) ንገሩዎ ኢኹም። ቃንዛ እንተ ደኣ ኣለኩም፣ ብልክዕ ክትገልጹ ይግብኣኩም።

ምስቲ ሰርቲፊኬት/ወረቐት ክንክን ሓፈሳዊ ሓኪም ክትደልዩ ትኽእሉ። ተወሳኪ ሓኪም እንተ ደኣ ትደልዩ ኮይንኩም፣ ካብ ሓፈሻዊ ሓኪምኩም ሓደ ትራንስፈር ወርቀት (Überweisungsschein) የድልየኩም እዩ። ኣብ ፍሉይ ክእለት ሓኪም ፍርማል ቅድም ቆጶራ ምግባር ኣድላይ እዩ። ክሳብ ቆጶራኹም ድማ ሓደ-ሓደ ግዜ ብዙሕ ሰሙናት ክትጽበዩ ይከኣል እዩ። ነዚ ቆጶራ ድማ ብእዋን ክትመጹ ይግብኣኩም፣ እቲ ሓኪም ነቲ ግዜ ንዓኹም ስለዝመደበ እዩ። እንድሕር ገና ጀርመንኛ ዘይትዛረቡ ኮንኩም፣ ሓደ ኣስተርጓሚ እንተ ኣምጺኹም፣ ንዓኹምን ንሓኪምን ሓጋዚ እዩ።

መድሃኒታት እንተ ደኣ ኣድልዩኩም፣ ሓኪምኩም ንዕኡ ሓደ ቅብሊት መምጽኢ (Rezept) ክህበኩም እዩ። ክልተ ዓይነት ቅብሊታት መምጽኢ ኣለው፣ ኣብ ሕብረ ዝተፈላልዩ እዮም (ቀይሕን ቀጠልያን)። ምስ እዚኦም ቅብሊታት ኣብ ፋርማሲ መድሃኒትኩም ክትወሃቡ ኢኹም። መድሃኒታት ኣብ ቀይሕ ቅብሊት ወረቀት ብነጻ ክወሃቡኩም፣ እዮም። እቶም ኣብ ቀጠልያ ድማ ክትከፍሉ ኣለኩም። ካብ ቤት-ጽሕፈት ሶሻያል ብሓንሳብ ምስቲ ወረቐት ክንክን ወረቐት ሰነድ ንፋርማሲ ክወሃበኩም እዩ፣ ነቶም ቀይሕቲ ቅብሊት ክትከፍሉ ከምዘየድልየኩም ከም መረጋገጺ የገልግል። እዚ ሰነድ ብጥንቃቄ ሓዘዎ ከምኡ'ውን ንሰራሕተኛ ፋርማሲ ኣርእዩዎም።

ህጹጽ ኩነታት

ንህጹጽ ኩነታት ወረቐት ክንክን ኣየድልየኩምን። ከምኡ'ውን ኣብ ክፍልታት ህጹጽ ረድኤት ኣብ ሆስፒታላት ክትከዱ ትኽእሉ። እቶም ክፍልታት ህጹጽ ረድኤት ኣብኡ 24 ሰዓት ኣብ መዓልቲ ክፋታት እዮም፣ ዋለ ኣብ መዓልቲ በዓላት። ኣብ ሕይወት ክገድኡ ዝኽእሉ ጥርግዓት (ሕማማት) ወይ ብሰንኪ ሕማም ናብ ክፍሊ ህጹጽ ረድኤት ክትከዱ እንተዘይኪኢልኩም፣ ንኣገልግሎት ረድኤት/ኣምቡላንስ ክትድውሉሉ ትኽእሉ። ተለፎን ኣምቡላንስ ድማ 112 እዩ። ጀርመንኛ ገና እንተዘይትዛረቡ ኮንኩም፣ ኣምቡላንስ ንዓኹም ክድውሉሉ ዝኽእል ሰብ ርኽቡ ኢኹም። ንዕኡ ሰብ እንተ ዘይረኹብኩም፣ ሽምኩምን ካብ ዝደወልኩምሉ ቦታን ቀስ ኢልኩም ንገሩ ኢኹም (ንኣብነት ሽማት ጸርግዩ)።

3.3 ድሕሪ መፈጸምታ ዑቕባ ጉዳይ (እንድሕር ሕቶኩም ተከባልነት ረኪቡ)

ጉዳይ ዑቕባኹም እንተ ወዲኡ (እንድሕር ሕቶኩም ተከባልነት ረኪቡ) ወይ ኣብ ጀርመን 15 ኣዋርሕ እንተተቐሚጥኩም፣ ኣብ ንቡር ኢንሹራንስ ሕማም ክትምዘግቡ ትኽእሉ ኢኹም። ሽቡ ሓደ ክርታ ኢንሱራንስ (ጅፕ ካርድ) ክወሃበኩም ከምኡ'ውን እቲ ወረቐት ክንክን ብቤት-ጽሕፈት ሶሻያል ሽቡ ኣየድልየኩምን። ምስዚ ጅፕ ካርድ ንዝኾነ ሓኪም (ዋለ ናይ ፍሉይ ክእለት ሓኪም) ክትደልዩ ትኽእሉ።

#### 4. ርክባት

ኣብ ጉዳይ ሕማምኩም ሓደ ክንክን ክግበረልኩም ሽግር እንተ ኣለኩም፣ ናብ ሶሻያል ሰራሕተኛ ኣብ መቐመጢኹም ክትከዱን ክትሓቱን ትኽእሉ። ብዝተረፈ ብዙሓት ናይ ምምክር ስፍራታት ክምኡ' ውን ነጻ ሓገዝ ዝዋፈሩ ማሕበራት ኣለው።

ሓገዝ ኣብ ጸገማት ሕክምናዊ ክንክን ንምርካብ፣

Medinetz Halle e. V.

Ludwigstraße 37, 06110 Halle

ተለፎን፣ 0152/159 300 43

ግዜ ቆጶራ፣ ኩሉ ሓመስ ሰዓት 4:00-6:00

Medinetz Magdeburg e. V.

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg

ተለፎን፣ 0176/665 308 54

ግዜ ቆጶራ፣ ኩሉ ሓመስ ሰዓት 3:00-5:00

Psychosoziale Zentren für  
Migrantinnen und Migranten (PSZ)

PSZ Halle

Charlottenstraße 7, 06108 Halle

ተለፎን፣ 0345/21 25 768

PSZ Magdeburg

Liebknechtstraße 55, 39108 Magdeburg

ተለፎን፣ 0391/63 10 98 07

ውክልና ናይ ተገዳስነታት ሰደተኛታት ኣብ  
Sachsen-Anhalt፣

Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.  
(ዋዕላ ሰደተኛታት)

Schellingstraße 3-4,  
39104 Magdeburg

ተለፎን፣ 0391/53 71 281

ኣብ ቋንቋዊ ጸገማት ሓገዝ ብተለፎን፣

Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt  
(ምሕልላፍ ቋንቋ ኣብ)

ተለፎን፣ 0345/21 38 93 99

# Behandlungsschein

ወረቅት ክንክን

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Fachbereich Soziales</b> Name, Vorname des Versicherten nach AKB/LG, Anschrift <b>Musterhahn, Max</b> Robrienweg 26, 06132 Halle (Saale)		Kassen-Nr. <b>123456789</b>		Kassen-Nr. <b>12345</b>	
geb. am <b>01.01.1993</b>		Behandlungsschein Asyl <b>Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle!</b>			
AZ <b>4564.945672</b>		<input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen			
Vertragsarzt Nr. <b>01.07.2015</b>		gültig bis <b>30.09.2015</b>			

**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, 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 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 dgr. Behandlung ist vom Arzt schriftlich zu bestätigen. Ohne Vorlage der ärztlichen Bescheinigung können nur die Kosten der Erstbehandlung übernommen werden.
- Sollten die Hinweisse 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 Vereinnahmung 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.

Stadt Halle (Saale)  
 Fachbereich Soziales  
 Abl. Gesundheitsleistungen  
 Südpromenade 30  
 06128 Halle (Saale)

# Überweisungsschein

ወረቅት ትራንስፈር

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr.    Versicherungs-Nr.    Status Vertragsarzt Nr.    Arzt Nr.    Datum		<b>Überweisungsschein</b>		<b>06</b> Quartal	
Diagnose/Werdichtdiagnose  Befund/Medikation  Auftrag   		<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen    Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung <input type="checkbox"/> Geschlecht	
Überweisung an <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> MS-/Wiederbehandlung		AU bis <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		AU bis <input type="checkbox"/>	

**Verbindliches Muster**

Vertragsärztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (0.2015)

# Rotes Rezept

ቀይሕ ቅብሊት ወረቀት

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr.    Versicherungs-Nr.    Status Vertragsarzt Nr.    Nr. gültig bis    Datum		Rp. (Bitte Lesensweise beachten) bbbf		Abgabedatum 6282899234	
Rp. (Bitte Lesensweise beachten) bbbf		Abgabedatum 6282899234		6282899234	

# Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

## ሓፈሻዊ ታሪኽ ሕማም / ናይ ቅድም ሕማማት

Datum:

Name

ሽም

Geburtsdatum

ዕለት ልደት

Telefonnummer

ቁጽሪ ተለፎን፥

Geschlecht

ጾታ

weiblich

ንላንስተይቲ

männlich

ተባዕታይ

Familienstand

መርገጽ መርዓ

ledig

በይኑ ዘሎ

verheiratet

ዝተመርዓወ

verwitwet

ሰበይቱ ዝመተቶ

geschieden

ዝተፈለየ

Kinder

ቆልዑ፥

Nein

ኣይኣልን

Ja

እወ

Anzahl Kinder

መጠን ቆልዑ፥

Herkunftsland

መጠቓል ሃገር፥

Beruf im Herkunftsland

ስራሕ ኣብ መጠቓል ሃገር፥

## Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

ካብ ቤት - ጽሕፈት ጥዕና ኣትጽዓፋኡ እዩ ዝማልእ !

### Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

# Allgemeine Anamnese

# አፈሻዊ ተዝካር

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

እንታይ ቃይመኩም አሉ

እንታይ አጋጭቡ ነጻሩ ዝሃለፈ

## Herz

Herzinfarkt

ልቢ

Herzschwäche

መዋቃዕቲ ልቢ

Herzklappenfehler

ድኻም ልቢ

Andere:

ጌጋ መፈንቶ ልቢ

ካልእ፣

## Lunge

Asthma

ሳንቡእ

Andere:

አዚማ

ካልእ፣

## Magen

Magenentzündung

ኩብዲ

Sodbrennen

ጋስትራይት/ነድሪ ክስፀ

ቀሓር (ኩብዲ)

## Leber

Leberzirrhose

ጸላም ኩብዲ

Andere:

ሲሮሲስ

ካልእ፣

## Galle

Steinleiden

ኩላሊት

Andere:

ጸጸር አብ ኹላሊት

ካልእ፣

## Darm

Krebs

መዓንጣ

Hämorrhoiden

መንሸሮ

Hernien

ኦመረድዮ/ጀርባዶ

Andere:

ኤርንያ

ካልእ፣

## Niere/Blase

Nierenschwäche

ኩሊት/ፍሕኛ

Nierensteine

ናይ ኩላሊት ድካም

Blasenentzündungen

ኩላሊት ጸጸር

Andere:

ነጽራታት ኩሊት

ካልእ፣

## Frauen

Brustkrebs

አንስቲ

Gebärmutterkrebs

መንሸሮ ቡብ

መንሸሮ ማህጸን



**Männer**

Prostatavergrößerung  
 Prostatakrebs


ሰብኦት  
 ምግፋት ፕሮስታይት  
 መንሸሮ ፕሮስታይት

**Skelett**

Arthrose  
 Rheuma  
 Wirbelsäulenschäden  
 Andere:


አስከሬን  
 ቅርጥማት አብ ዓበይቲ  
 ቅርጥማት  
 ናይ ዓንዲ ሐቆ ጸገም  
 ካልእ፣

**Krebs**

Krebsleiden  
 Bestrahlung  
 Chemotherapie  
 Krebs-Operation


መንሸሮ  
 ስቓይ መንሸሮ  
 ጸርገ - ምፍዋስ (ብ ራዲዮሽን ምሕካም)  
 ቅመመ - ምፍዋስ (ኼሞፔራፒ)  
 መዋባሕቲ መንሸሮ

**Nerven/Hirn**

Epilepsie  
 Schlaganfall  
 Andere:


መትኒታት/ሐንጎል  
 ትግርትያ/ሕማም ምንፍርፋር  
 ደም ምፍሳስ አብ ርእሲ (አብ ውሽጢ ሐንጎል)  
 ካልእ፣

**Augen**

Glaukom  
 Katarakt


ዓይኒ  
 ግሎኮማ  
 ሞራ (አብ ውሽጢ ዓይኒ)

**Haut**

Psoriasis  
 Andere:

ቆርቦት  
 ሶርያሲስ  
 ካልእ፣

**Schilddrüse**

Überfunktion  
 Unterfunktion


ታይሮይድ  
 ብርትዕ ዝበለ ስራሕ ኦርጋን  
 ድኽም ዝበለ ስራሕ ኦርጋን

**Andere**

Diabetes  
 Bluthochdruck  
 Muskelkrankheiten  
 Thrombose  
 Blutungsneigung  
 Andere:


ካልእ  
 ሽኮርያ  
 ጸቕጢ - ደም  
 ሕማማት ጭዋዳ  
 ርግኣት ደም  
 ዝዛወ ምድማይ  
 ካልእ፣

## Welche Organe wurden operiert?

## አየኖት ኦርጋናት መጥባሕቲ ተገሩሎም?

Lunge	<input type="checkbox"/>	ሳንቡእ
Herz	<input type="checkbox"/>	ልቢ
Brust	<input type="checkbox"/>	ቡብ
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	ማህጸን
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	ቁሳር
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	ቆልዓ ምንጻል ጸራጊት (ዝሞተ ህጻን ካብ ማህጸን ኦዲኡ ምውጻእ)
Schädel	<input type="checkbox"/>	ሓምሓም ርእሲ
Gelenke	<input type="checkbox"/>	መሓውራት
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	ስባር ዓጽሚ
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	ዓንዲሕቕ
Galle	<input type="checkbox"/>	ኩላሊት
Leber	<input type="checkbox"/>	ጸላም ኩብዲ
Magen	<input type="checkbox"/>	ኩብዲ
Darm	<input type="checkbox"/>	መዓንጣ
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	ዕቁር መዓንጣ ቤንትሽት (ትርፍ ኣንጀት)
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	ኦመረድዮ / ጀርባዶ (ሄሞሮይድስ)
Blase	<input type="checkbox"/>	ፍሕኛ
Niere	<input type="checkbox"/>	ኩሊት
Prostata	<input type="checkbox"/>	ፕሮስታቲ
Augen	<input type="checkbox"/>	ዓይን
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	ታይሮይድ
Andere:		ካልእ

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

## አየኖት ካብቶም ዝስዕቡ በካሊ ሕማማት ኣባኹም ካብ ቀደም ተረጋጊዶ ይፈልጥ?

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	ቲቢ
HIV	<input type="checkbox"/>	ኤች ኤይ ቪ
Röteln	<input type="checkbox"/>	ንፍዮ
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	ወይቦ
Windpocken	<input type="checkbox"/>	ፍሮማይ
Masern	<input type="checkbox"/>	ንፍዮ

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

አባዥም ቁጥታት ወይ ዝኾነ ዘይሰማምዓኩም ፍሉጥ ድዩ?

Medikamente:

መድሃኒታት

Nahrungsmittel:

ምግብታት

Pollen:

ጸገ

Andere:

ካልእ

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

አብ ስሩዕ ግዜ መድሃኒታት ትወስዱ ዲኹም?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

(አብ ታሕቲ ጸሓፊ ባጃኹም) እንተ እወ ኢልኩም፣ ኣየኖት?

Name des Medikamentes ሽም መድሃኒት	Wirkstoffmenge ብዝሒ መቐወም	Anzahl frühs ብዝሒ ኣብ ንጎሆ	Anzahl mittags ብዝሒ ኣብ ፋዳስ	Anzahl abends ብዝሒ ኣብ ምሽት

## Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

ሕጂ ተወሳኪ መድሃኒታት ትወስዱ ዲኹም?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, welche?

እንተ እወ ኢልኩም፣ ኣየኖት?

---

---



## Vorlagen:

**Anamnesebogen 2**

**Arzttermine**

**Kurzarztbrief**

ናይ ወ.ልቀ ሕክምና መዝገብ (ማሕደር) **2**

ቆጸራታት ሓኪም

ሓጺር ሰነድ ሓኪም



# Anamnesebogen 2

## ናይ ዉልቀ ሕክምና መዝገብ (ማሕደር) 2

Datum:

Name

ሽም

Geburtsdatum

ዕለት ልደት

Telefonnummer

ቁጽሪ ተለፎን

# Aktuelle Symptomatik

## ናይ ሕጂ ምልክት ሕማም

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

ኣየኖት ካብዞም ዋርዓናት (ምልክታት) ኣብ ዝሓለፉ መዓልታት ተገንዚብኩም ዲኹም?

Fieber	<input type="checkbox"/>	ረሰኒ
Husten	<input type="checkbox"/>	ሰዓል
Atemnot	<input type="checkbox"/>	ስቓይ ምስትንፋሳዊ
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	ምትፋእ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	ውጽኣት
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	ድርቀት
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	ጸሊም ሕብሪ ኣብ ቀልቀል
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ቃንዛታት ኣብ ማይ ምግዳፍ
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	ቀይሕ ሕብሪ ኣብ ሽንቲ
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ምሽት ምሽት ኣዘዉቲርካ ምሻን
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	ምሕባዋ ሽፋን እግሪ ወይ/ውን ኣእጋር
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	ምስሓይ
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	ቢጫ ሕብሪ ኣብ ኣዲንቲ ወይ/ውን ኣብ ቐርበት
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	ብዙሕ ምርሓጽ ኣብ ለይቲ
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	ምጉዳል ምስማዕ
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	ናይ ምርአይ ጸገም
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	ረብሻታት ኣብ ምድቓስ
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	ዓቕሚ ምስኣን

# Sind Sie schwanger?

## ጠኒሰክን ዲኹን?

Ja

እወ

Nein

አይፋልን

Vielleicht

ምናልባት

Wie viele Geburten?

ክንደይ ትውልደታት?

Wie viele Schwangerschaften?

ክንደይ ዋንሰታት?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

ካብ ክንደይ ሰሙናት ዝሓለፈ ጸግይትክን ድዩ ነፋ?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

ኣብ ቶም ዝሓለፉ 3 ኣዋርሕ ክብደትክን ጎዲሉ ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

እንተ እወ ኢልኪ፣ ክንደይ ኪሎግራም?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

ኣብ ዝሓለፈ ጊዜ ነብስኻን (ነብስካ) ክትቀትላ (ኻትቀትል) ሓሲብካ/ክን ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### ሕጂ ቃንዛታት ኣለውኻን ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, wie oft?

እንተ እወ፣ ክንደይ ጊዜ?

selten

ሳሕተ

manchmal

ሓደ - ሓደ ጊዜ

oft

ብዙሕ ጊዜ

meistens

መብዛሕትኡ

immer

ኩሉ ጊዜ

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

እንተ እወ ኢልኪ፣ እቶም ቃንዛታት ክመዩ ብርቱዕ ኔሮም ካብ ደረጃ 1 (ቃንዛታት የለን) ክሳብ 10 (ኣመና ብዙሕ ቃንዛታት) ?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

ኣበይ ቃንዛታት ኣለውኻም?

(በጃኻም x ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

ኣበይ ቁሰልታት ኣለውኻም?

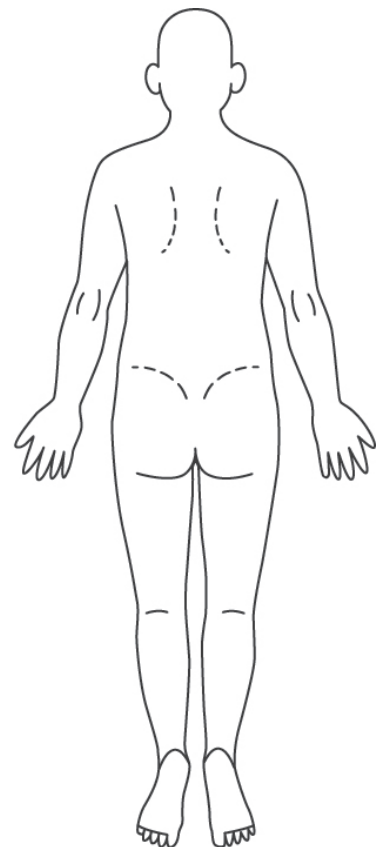
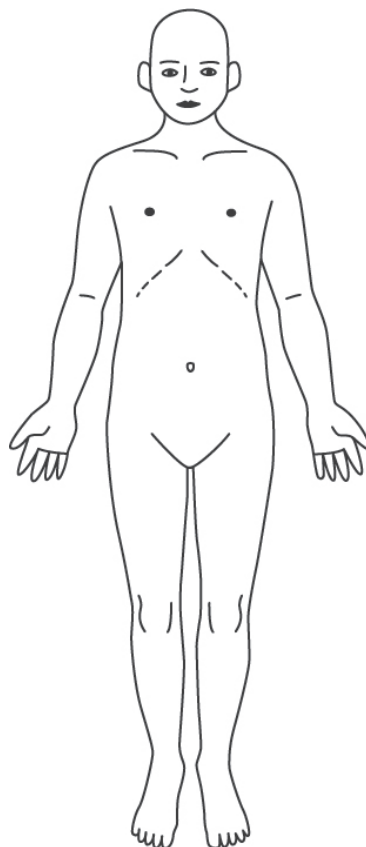
(በጃኻም o ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

ኣበይ ናይ ቆርብት ምርእይና ኣለውኻም?

(በጃኻም # ንርኩም ጸሓፉ)





# Anamnesebogen 2

## ናይ ዉልቀ ሕክምና መዝገብ (ማሕደር) 2

Datum:

Name

ሽም

Geburtsdatum

ዕለት ልደት

Telefonnummer

ቁጽሪ ተለፎን

# Aktuelle Symptomatik

## ናይ ሕጂ ምልክት ሕማም

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

ኣየኖት ካብዞም ጥርግናት (ምልክታት) ኣብ ዝሓለፉ መዓልታት ተገንዚብኩም ዲኹም?

Fieber	<input type="checkbox"/>	ረሰኒ
Husten	<input type="checkbox"/>	ሰዓል
Atemnot	<input type="checkbox"/>	ስቓይ ምስትንፋሳዊ
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	ምትፋእ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	ውጽኣት
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	ድርቀት
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	ጸሊም ሕብሪ ኣብ ቀልቀል
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ቃንዛታት ኣብ ማይ ምግዳፍ
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	ቀይሕ ሕብሪ ኣብ ሽንቲ
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ምሽት ምሽት ኣዘዉቲርካ ምሻን
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	ምሕባጥ ሽፋን እግሪ ወይ/ውን ኣእጋር
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	ምስሓይ
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	ቢጫ ሕብሪ ኣብ ኣዲንቲ ወይ/ውን ኣብ ቐርበት
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	ብዙሕ ምርሓጽ ኣብ ለይቲ
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	ምጉዳል ምስማዕ
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	ናይ ምርኣይ ጸገም
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	ረብሻታት ኣብ ምድቓስ
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	ዓቕሚ ምስኣን

# Sind Sie schwanger?

## ጠኒስኩን ዲኹን?

Ja

እወ

Nein

አይፋልን

Vielleicht

ምናልባት

Wie viele Geburten?

ከንደይ ትውልደታት?

Wie viele Schwangerschaften?

ከንደይ ጥንስታት?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

ካብ ከንደይ ሰሙናት ዝሓለፈ ጸግይትኩን ድዩ ኔፉ?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

ኣብ ቶም ዝሓለፉ 3 ኣዋርሕ ክብደትክን ጎዲሉ ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

እንተ እወ ኢልኪ፣ ክንደይ ኪሎግራም?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

ኣብ ዝሓለፈ ግዜ ነብስኸን (ነብስካ) ክትቀትላ (ኸትቀትል) ሓሲብካ/ክን ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### ሕጂ ቃንዛታት ኣለውኸን ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, wie oft?

እንተ እወ፣ ክንደይ ግዜ?

selten

ሳስተ

manchmal

ሓደ - ሓደ ግዜ

oft

ብዙሕ ግዜ

meistens

መብዛሕትኡ

immer

ኩሉ ግዜ

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

እንተ እወ ኢልኪ፣ እቶም ቃንዛታት ክመዩ ብርቱዕ ኔሮም ካብ ደረጃ 1 (ቃንዛታት የለን) ክሳብ 10 (ኣመና ብዙሕ ቃንዛታት) ?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

ኣበይ ቃንዛታት ኣለውኸም?

(በጃኹም x ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

ኣበይ ቁሰልታት ኣለውኸም?

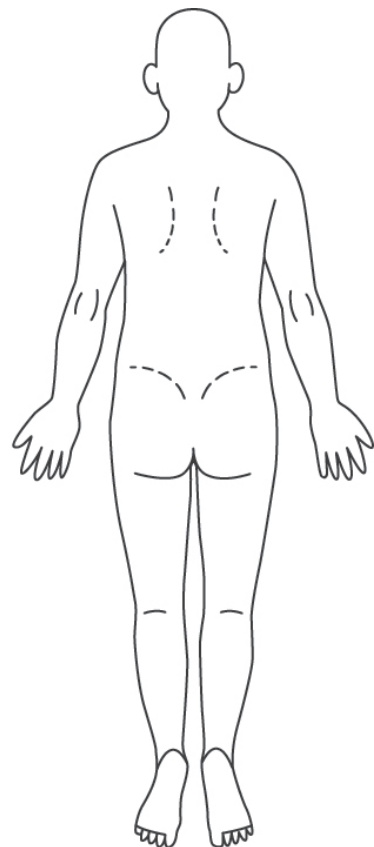
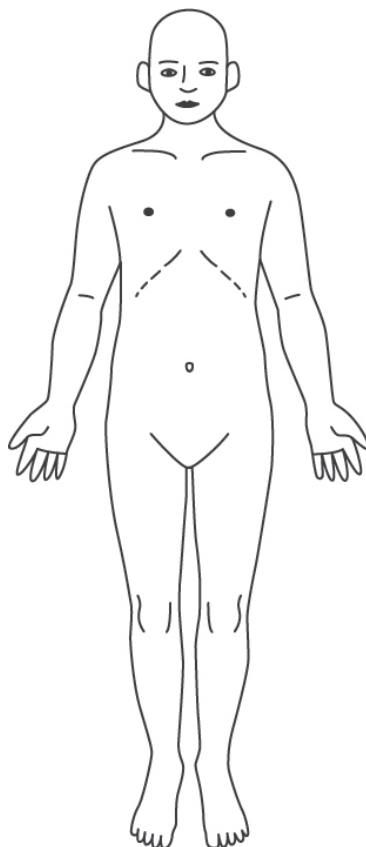
(በጃኹም o ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

ኣበይ ናይ ቆርብት ምርእይና ኣለውኸም?

(በጃኹም # ንርኩም ጸሓፉ)



# Anamnesebogen 2

## ናይ ዉልቀ ሕክምና መዝገብ (ማሕደር) 2

Datum:

Name

ሽም

Geburtsdatum

ዕለት ልደት

Telefonnummer

ቁጽሪ ተለፎን

## Aktuelle Symptomatik

## ናይ ሕጂ ምልክት ሕማም

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

ኣየኖት ካብዞም ጥርግናት (ምልክታት) ኣብ ዝሓለፉ መዓልታት ተገንዚብኩም ዲኹም?

Fieber	<input type="checkbox"/>	ረሱኒ
Husten	<input type="checkbox"/>	ሰዓል
Atemnot	<input type="checkbox"/>	ስቓይ ምስትንፋሳዊ
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	ምትፋእ
Durchfall	<input type="checkbox"/>	ውጽኣት
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	ድርቀት
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	ጸሊም ሕብሪ ኣብ ቀልቀል
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ቃንዛታት ኣብ ማይ ምግዳፍ
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	ቀይሕ ሕብሪ ኣብ ሽንቲ
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	ምሽት ምሽት ኣዘዉቲርካ ምሻን
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	ምሕባጥ ሽፋን እግሪ ወይ/ውን ኣእጋር
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	ምስሓይ
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	ቢጫ ሕብሪ ኣብ ኣዲንቲ ወይ/ውን ኣብ ቐርበት
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	ብዙሕ ምርሓጽ ኣብ ለይቲ
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	ምጉዳል ምስማዕ
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	ናይ ምርኣይ ጸገም
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	ረብሻታት ኣብ ምድቓስ
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	ዓቕሚ ምስኣን

## Sind Sie schwanger?

## ጠኒስኩን ዲኹን?

Ja

እወ

Nein

እይፋልን

Vielleicht

ምናልባት

Wie viele Geburten?

ክንደይ ትውልደታት?

Wie viele Schwangerschaften?

ክንደይ ጥንስታት?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

ካብ ክንደይ ሰሙናት ዝሓለፈ ጸግይትክን ድዩ ነፋ?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

ኣብ ቶም ዝሓለፉ 3 ኣዋርሕ ክብደትክን ጎዲሉ ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

እንተ እወ ኢልኪ፣ ክንደይ ኪሎግራም?

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

ኣብ ዝሓለፈ ግዜ ነብስኻን (ነብስካ) ክትቀትላ (ኻትቀትል) ሓሲብካ/ክን ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### ሕጂ ቃንዛታት ኣለውኻን ዶ?

Nein

አይፋልን

Ja

እወ

Wenn ja, wie oft?

እንተ እወ፣ ክንደይ ግዜ?

selten

ሳሕተ

manchmal

ሓደ - ሓደ ግዜ

oft

ብዙሕ ግዜ

meistens

መብዛሕትኡ

immer

ኩሉ ግዜ

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

እንተ እወ ኢልኪ፣ እቶም ቃንዛታት ክመዩ ብርቱዕ ኔሮም ካብ ደረጃ 1 (ቃንዛታት የለን) ክሳብ 10 (ኣመና ብዙሕ ቃንዛታት) ?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

ኣበይ ቃንዛታት ኣለውኻም?

(በጃኻም x ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

ኣበይ ቁሰልታት ኣለውኻም?

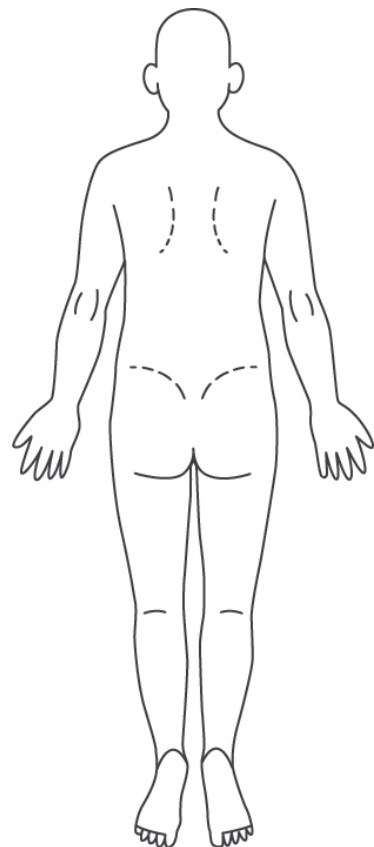
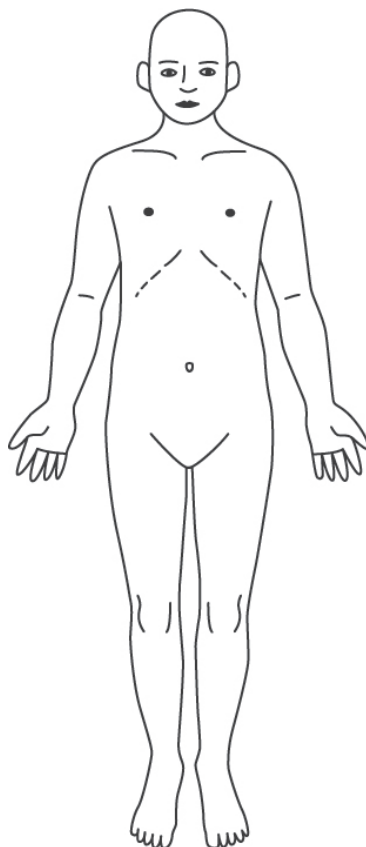
(በጃኻም o ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

ኣበይ ናይ ቆርብት ምርእይና ኣለውኻም?

(በጃኻም # ንርኩም ጸሓፉ)







# Kurzarztbrief

አጼ.ር ሰነድ ሓኪም

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

# Kurzarztbrief

አጸ.ር ሰነድ ሓኪም

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---



# Kurzarztbrief

አጸ.ር ሰነድ ሓኪም

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

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

# Kurzarztbrief

አጼ.ር ሰነድ ሓኪም

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

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