

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen (für Ihr Kind) aus:**

(Alle Angaben können für die Behandlung wichtig sein. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen nur dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand anzupassen.)

يرجى ملء هذا الاستبيان لطفلك  
جميع البيانات مهمة للعلاج، وستعامل البيانات بسرية تامة وتستخدم فقط لمعرفة الوضع الصحي

Ich verstehe Deutsch

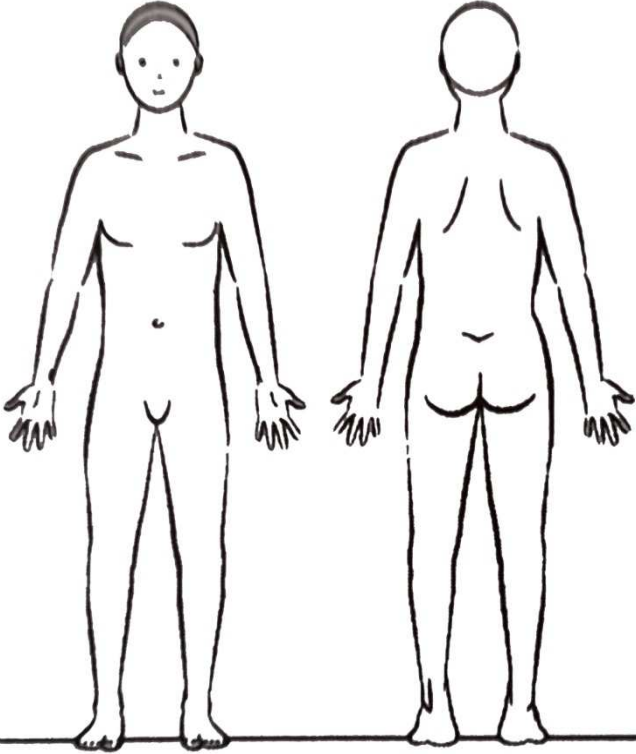
I understand English

وأنا أفهم العربية

Name des Kindes/Jugendlichen	اسم الطفل	Geburtsdatum	تاريخ الميلاد
Eltern/Sorgeberechtigter	ولي الامر	Geburtsort	مكان الولادة \ البلد
Wohnort/Adresse	العنوان اسم المدينة	In welchen Ländern waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate?	في اي الدول كنتم اخر سنة اشهر؟
Tel/Mobil	رقم الجوال	<input type="checkbox"/> Marokko · المغرب <input type="checkbox"/> Algerien · المغرب <input type="checkbox"/> Libyen · ليبيا <input type="checkbox"/> Ägypten · مصر <input type="checkbox"/> Eritrea · إريتريا <input type="checkbox"/> Libanon · لبنان <input type="checkbox"/> Rumänien · رومانيا <input type="checkbox"/> Bulgarien · بلغاريا <input type="checkbox"/> Ungarn · هنغاريا	<input type="checkbox"/> Syrien · سوريا <input type="checkbox"/> Irak · العراق <input type="checkbox"/> Iran · ايران <input type="checkbox"/> Afghanistan · افغانستان <input type="checkbox"/> Pakistan · باكستان <input type="checkbox"/> Mazedonien · مقدونيا <input type="checkbox"/> Montenegro · الجبل الأسود <input type="checkbox"/> Slowenien · سلوفانيا <input type="checkbox"/> Griechenland · اليونان
Krankenversicherung/AOK Nr:	رقم التأمين الصحي	In Deutschland seit:	مقيم في المانيا منذ :
		___/___/20___	

**Welche Beschwerden hast Du (Ihr Kind) AKTUELL?**

ما هي الاعراض التي يعاني منها الفل حاليا

Hast Du Schmerzen?	هل يشعر بالالم	Husten/Sعال
Bitte auf dem Bild ankreuzen wo und wie stark.	الرجاء وضع صليب على الصورة يحدد مكان الالم	tagsüber · نهاري <input type="checkbox"/>
		nachts · ليلي <input type="checkbox"/>
		Schnupfen · رشح <input type="checkbox"/>
		Erbrechen · اقياء <input type="checkbox"/>
		Übelkeit · غثيان <input type="checkbox"/>
		Durchfall · اسهال <input type="checkbox"/>
		Krampf · تشنج <input type="checkbox"/>
		Fieber · حرارة <input type="checkbox"/>
		Wie hoch? · كم درجة؟ <input type="checkbox"/>
		Blutungen · نزف <input type="checkbox"/>
		Schwindel · دوار <input type="checkbox"/>
		Ausschlag · حساسية <input type="checkbox"/>
		Juckreiz · حكة <input type="checkbox"/>
		Halsschmerzen · وجع حلق <input type="checkbox"/>
		Zahnschmerzen · وجع أسنان <input type="checkbox"/>
		Ohrenschmerzen · وجع اذن <input type="checkbox"/>
		Kopfschmerzen · صداع <input type="checkbox"/>
	Bauchschmerzen · الم بطن <input type="checkbox"/>	
	Rückenschmerzen · الم ظهر <input type="checkbox"/>	
	Mattigkeit · تعب <input type="checkbox"/>	
	Atemnot · ضيق نفس <input type="checkbox"/>	
	Irritierbarkeit · هيجوية <input type="checkbox"/>	
	Angst/Panik · القلق / الذعر <input type="checkbox"/>	
	Wesensänderung · اغماء / تعويم وعي <input type="checkbox"/>	
	Sonstige · اعراض اخرى <input type="checkbox"/>	

تبول، شهية، الغائط

**Ernährung, Stuhlgang, Miktion**

Essen/Appetit	☺ ☹ ☹	شهية/طعام	Stuhlgang	اسبوع · x /Woche						الغائط
Trinken/Durst	☺ ☹ ☹	عطش/شرب								
Wird das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	هل يرضع الطفل؟	1	2	3	4	5	6	7	
Trinkt es Fläschchen?	<input type="checkbox"/>	ارضاع بالزجاجة؟	braun	schwarz	rot	grau	gelb	grün		
Isst es Brei?	<input type="checkbox"/>	هل يتناول غذاء اخر؟	أسمر	أسود	أحمر	رمادي	أصفر	أخضر		
Urinieren	لا نعم	تبول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Windel nass?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل الحفاضات مبللة؟								
Schmerzt das Pinkeln?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الم عند التبول؟								

Alpträume <input type="checkbox"/> كوابيس	☺ ☹ ☹	Durchschlafen	☺ ☹ ☹	Einschlafen	Schlaf	☺ ☹ ☹	النوم
		الاستغراق بالنوم		بداية النوم			

Hast Du in den letzten 4 Wochen **Medikamente** genommen? Welche? Bitte zeige sie dem Arzt. هل تناول الطفل دواء في اخر 4 اسابيع؟ اذانعم ماهي ونرجو عرضها على الطبيب.

Bekommt das Kind täglich Vitamin D? هل تناول كل يوم فيتامين (د)

Hatten Sie schon einmal **Arztkontakt**? هل زرت الطبيب؟

**Allgemeine Gesundheitsinformationen**

معلومات عامة

**Schwangerschaft und Geburt**

الحمل والولادة

Die wievielte Schwangerschaft war es?	1. 2. 3. 4.	ترتيب الحمل بين الحمول	
Die wievielte Geburt war es?	1. 2. 3. 4.	عدد الولادات	
Spontangeburt <input type="checkbox"/> طبيعي	Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> قيصرية	Saugglocke/Zange <input type="checkbox"/> الجف محجم	Frühgeburt <input type="checkbox"/> ولاده باكرا
HIV oder Hepatitis der Mutter? <input type="checkbox"/>	لدى الأم التهاب كبد/ايدز؟ <input type="checkbox"/>	Medikamente während der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/>	ادوية اثناء الحمل؟ <input type="checkbox"/>
Haben Sie Vorsorgeunterlagen? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل عندك اوراق من معالجات سابقه؟ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Welche anderen Krankheiten hast Du (gehabt)?**

ماهي الاعراض الاخرى التي يعاني منها الطفل

<input type="checkbox"/> Herz · قلب	<input type="checkbox"/> HIV · ايدز	<input type="checkbox"/> Asthma · ربو	<input type="checkbox"/> Tuberkulose · السل
<input type="checkbox"/> Niere · الكلى	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung · الالتهاب الرئوي	<input type="checkbox"/> Diabetes · سكري	<input type="checkbox"/> Windpocken · جدري
<input type="checkbox"/> Durchfall · اسهال	<input type="checkbox"/> Blinddarmentzündung · زائدة دودية	<input type="checkbox"/> Hepatitis · التهاب كبد	<input type="checkbox"/> Masern · حصبة
<input type="checkbox"/> Augen · عين	<input type="checkbox"/> Neurodermitis · شري	<input type="checkbox"/> Verstopfung · امساك	<input type="checkbox"/> Keuchhusten · سعال ديكي
<input type="checkbox"/> Gelenke · مفصل	<input type="checkbox"/> Haut/Ausschlag · اكزيما	<input type="checkbox"/> Einnässen · تبول لا ارادي	<input type="checkbox"/> Röteln · حصبة المانية
<input type="checkbox"/> Leber · كبد	<input type="checkbox"/> Epilepsie/Anfälle · صرع	<input type="checkbox"/> Allergie · حساسية	<input type="checkbox"/> Mumps · نكاف
<input type="checkbox"/> Diphtherie · دفتريا	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung · سرطان	<input type="checkbox"/> Tumor · ورم	<input type="checkbox"/> Scharlach · حمى قرمزية
<input type="checkbox"/> Sonstige · اخر	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung · امراض دم اناعور		

Hattest Du schon einmal eine Operation?   هل خضع الطفل لعملية جراحية؟

Sonstiges  اشياء اخرى  Kein Schwein  لا تاكل لحم الخنزير  Vegetarisch  نباتي  Diät · نظام الغذاء

**Neigst Du zu allergischen Reaktionen?**

هل لدى الطفل حساسية تجاه شئ معين؟

<input type="checkbox"/> Pollen · غبار الطلع	<input type="checkbox"/> Tierhaar · شعر الحيوانات	<input type="checkbox"/> Penicillin · بنسلين
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel · مواد غذائية	<input type="checkbox"/> Hausstaub · غبار المنزل	<input type="checkbox"/> Medikamente · ادوية

**Wogegen bist Du geimpft:**

ضد اي الامراض اعطي الطفل لقاح؟

Tetanus <input type="checkbox"/> الكزاز	Diphtherie <input type="checkbox"/> الخناق	Keuchhusten <input type="checkbox"/> السعال الديكي	Polio <input type="checkbox"/> شلل الأطفال
Typhus <input type="checkbox"/> حمى التيفوئيد	Meningokokken <input type="checkbox"/> السحائية	Windpocken <input type="checkbox"/> الحماق(جدري)	MMR <input type="checkbox"/> لقاح ثلاثي
Masern <input type="checkbox"/> حصبه	Röteln <input type="checkbox"/> حصبه المانية	Mumps <input type="checkbox"/> نكاف	Hepatitis A <input type="checkbox"/> التهاب الكبد ل
Hast Du einen Impfpass?	نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>	هل يمتلك الطفل دفتر لقاح	Hepatitis B <input type="checkbox"/> التهاب الكبد ب

**Familiengeschichte**

نعم لا

امراض وراثية

Gibt es schwere Krankheiten in der Familie?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	امراض وراثية اخرى؟
Hatte jemand in Deiner Familie als Kind Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديكم احد في العائلة عانى من مرض السكري بلطفولة؟
Gibt es Anfallsleiden in Deiner Familie?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل عانى احد من الاقارب من اختلاجات عصبية؟
Leidet Vater oder Mutter unter Allergien?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل يعاني احد من الابوين من حساسية؟
Leidet ein naher Verwandter unter Tuberkulose?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل يعاني احد من الاقارب من مرض السل؟
Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل يعاني احد في العائلة من امراض غدة درقية؟
Sind chronische Darmerkrankungen in der Familie?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل يعاني احد في العائلة من امراض امعاء مزمنة؟
Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هناك يوجد امراض سرطان في العائلة؟
Gibt es in der Familie HIV oder Hepatitis?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هناك يوجد في عائلتك ايدز أو التهاب الكبد؟

**Jugendliche**

مراهقين

Rauchst Du?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تدخن؟
- Wie viel?	Pro Tag ___ باليوم	كم سيجارة؟
Trinkst Du Alkohol?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تتناول مشروبات كحولية؟
Nimmst du Drogen?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تتعاطى المخدرات؟

**Mädchen**

نعم لا

فتيات

Hast Du schon Deine Periode?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل انتك الدورة الشهرية؟
Ist sie regelmäßig?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل هي منتظمة؟
Könntest Du schwanger sein?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل من الممكن ان تكوني حامل؟

**Wie hast Du Dich in den letzten 2 Wochen gefühlt?**

نعم لا

كيف تشعر اخر اسبوعين؟

Wurdest Du schnell wütend?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تغضب؟ بسرعة
Hattest Du häufig Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تعاني كثيرا من ذكريات مؤلمة؟
Hattest Du häufig Angst?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تشعر بالخوف؟ كثيرا
Hast Du im Alltag häufig Dinge vergessen?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تنسى وبكثرة اشياء في حياتك؟ اليومية
Hast Du das Interesse an Deiner Umwelt verloren?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل فقدت الاهتمام ببينتك وما حولك؟
Hattest du häufig Probleme Dich zu konzentrieren?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل لديك مرارا صعوبة؟ لتركيز افي

Zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift des Arztes

توقيع المريض

Dieser deutsch-arabische pädiatrische Anamnesebogen wurde für ein klinisch-stationäres Setting entwickelt.

Er setzt vom Patienten arabische Lesefähigkeit voraus, eine nicht arabisch sprechende Ärztin oder Arzt kann die Antworten des Bogens jedoch ohne diesbezügliche Sprachkenntnisse verstehen, da weitgehend bildliche Symbole und MC-Fragen mit deutscher Übersetzung Verwendung finden.

Die Inhaltlichen Schwerpunkte des Fragebogens wurden durch ein Team pädiatrischer Ärzte und Psychologen am St. Agnes Hospital in Bocholt beurteilt und von mir um einige psychosoziale Fragen ergänzt. Dr Stephan Haag brachte außerdem wertvolle diagnostische Erfahrungen aus seiner Arbeit in einem Hamburger Erstaufnahmelager ein.

Nicht selten ist die Flucht von Menschen von traumatischen Erfahrungen geprägt. Die letzten 6 Fragen des Fragebogens zum emotionalen Wohlbefinden haben daher einen psychosozialen Hintergrund. Sie sollten in Verbindung mit den Symptomen 1. Kopfschmerzen, 2. sonstige Schmerzen, 3. Einschlafstörungen und 4. Albträumen beurteilt werden. Sollten 4 oder mehr dieser insgesamt 10 Items positiv sein, könnten dies Hinweise auf eine mögliche Traumatisierung darstellen.

Die Übersetzung ins Arabische erfolgte durch einen engagierten pädiatrischen Stationsarzt syrischer Nationalität an der Kinderklinik des St. Agnes Hospitals in Bocholt und Randa Al-Sibai, Studentin der Medizin an der Al Baath Universität, Homs, Syrien.

Der Fragebogen ist in der Testphase und wird derzeit in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des St. Agnes-Hospital in Bocholt getestet.

Eine weitere Sprachversion des Fragebogens Deutsch – Farsi/Dari ist in Arbeit.

Sollte jemand an der Weiterentwicklung oder Verbesserung mitarbeiten oder weitere Sprachversionen erstellen wollen, kontaktieren Sie mich gerne.

Anregungen, Ergänzungen, Hinweise und Korrekturen gerne an:

Anne Beckmann, Studentin der Psychologie

[probono@beckmann-beratung.de](mailto:probono@beckmann-beratung.de)