

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.)

لطفا این پرسشنامه را برای فرزندتان کامل نمائید
 همه اطلاعات زیر برای درمان فرزند شما ضروری است. این اطلاعات از هر جهت محرمانه تلقی شده
 و تنها مورد استفاده آن برای تعیین وضعیت سلامتی فرزند شماست.

Ich verstehe Deutsch


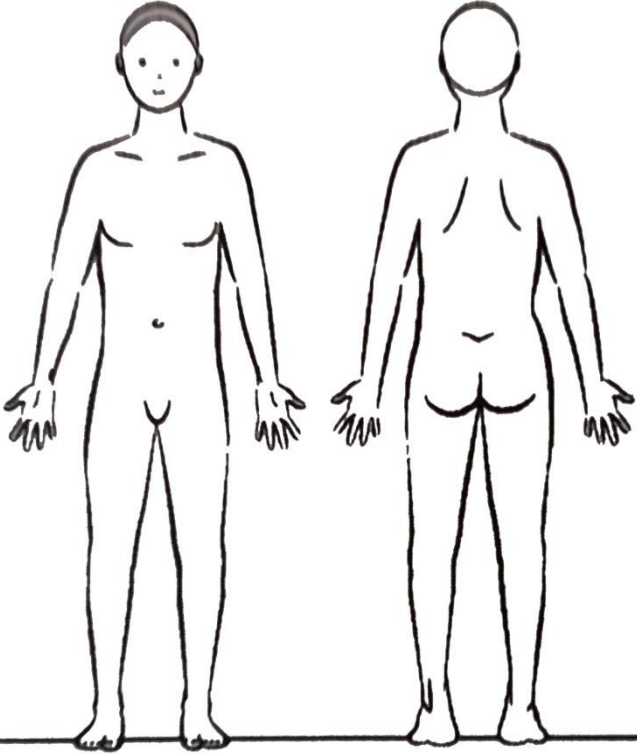


I understand English

من فارسی دری را متوجه میشوم.

| | |
|--|--|
| Name des Kindes/Jugendlichen نام فرزند | Geburtsdatum تاریخ تولد |
| Eltern/Sorgeberechtigter نام پدر و مادر | Geburtsort محل تولد (شهر و کشور) |
| Wohnort/Adresse محل اقامت / آدرس | In welchen Ländern waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate? در شش ماه گذشته در چه کشورهایی اقامت داشتید؟ |
| Tel/Mobil شماره تلفن | <input type="checkbox"/> Marokko · مراکش <input type="checkbox"/> Algerien · الجزائر <input type="checkbox"/> Libyen · ليبيا <input type="checkbox"/> Ägypten · مصر <input type="checkbox"/> Eritrea · اریتره <input type="checkbox"/> Libanon · لبنان <input type="checkbox"/> Rumänien · رومانی <input type="checkbox"/> Bulgarien · بلغارستان <input type="checkbox"/> Ungarn · مجارستان <input type="checkbox"/> Syrien · سوریه <input type="checkbox"/> Irak · عراق <input type="checkbox"/> Iran · ایران <input type="checkbox"/> Afghanistan · افغانستان <input type="checkbox"/> Pakistan · پاکستان <input type="checkbox"/> Mazedonien · مقدونیه <input type="checkbox"/> Montenegro · مونته نگرو <input type="checkbox"/> Slowenien · اسلوونی <input type="checkbox"/> Griechenland · یونان <input type="checkbox"/> Kosovo · کوزوو <input type="checkbox"/> Bosnien · بوسنی <input type="checkbox"/> Serbien · صربستان <input type="checkbox"/> Albanien · آلبانی <input type="checkbox"/> Kroatien · کرواسی <input type="checkbox"/> Italien · ایتالیا <input type="checkbox"/> Türkei · ترکیه <input type="checkbox"/> Spanien · اسپانیا <input type="checkbox"/> _____ |
| Krankenversicherung/AOK Nr: بیمه درمانی | In Deutschland seit: از چه سالی در المان اقامت دارید?: ____/____/____ |

Welche Beschwerden hast Du (Ihr Kind) AKTUELL?

فرزند شما در حال حاضر چه علائمی دارد؟

| | |
|---|--|
| Hast Du Schmerzen? Bitte auf dem Bild ankreuzen wo und wie stark. آیا درد دارد؟ لطفا در عکس زیر علامت بزنید که درد در چه قسمت از بدن است و میزان درد چه مقدار است؟ | Husten/سرفه <input type="checkbox"/> در طول روز · tagsüber <input type="checkbox"/> در طول شب · nachts <input type="checkbox"/> زکام · Schnupfen <input type="checkbox"/> استفراغ · Erbrechen <input type="checkbox"/> تهوع · Übelkeit <input type="checkbox"/> اسهال · Durchfall <input type="checkbox"/> تشنج · Krampf <input type="checkbox"/> تب · Fieber به چه میزان · Wie hoch?  38° <input type="checkbox"/> خون ریزی · Blutungen <input type="checkbox"/> سرگیجه · Schwindel <input type="checkbox"/> بثورات پوستی · Ausschlag <input type="checkbox"/> خارش · Juckreiz <input type="checkbox"/> گلو درد · Halsschmerzen <input type="checkbox"/> دندان درد · Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> گوش درد · Ohrenschmerzen <input type="checkbox"/> سردرد · Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> دل درد · Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> کمر درد · Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> خستگی · Mattigkeit <input type="checkbox"/> حساسیت · Irritierbarkeit <input type="checkbox"/> تغییرات شخصیتی · Wesensänderung |
|  | <input type="checkbox"/> در طول روز · tagsüber <input type="checkbox"/> در طول شب · nachts <input type="checkbox"/> زکام · Schnupfen <input type="checkbox"/> استفراغ · Erbrechen <input type="checkbox"/> تهوع · Übelkeit <input type="checkbox"/> اسهال · Durchfall <input type="checkbox"/> تشنج · Krampf <input type="checkbox"/> تب · Fieber به چه میزان · Wie hoch?  38° <input type="checkbox"/> خون ریزی · Blutungen <input type="checkbox"/> سرگیجه · Schwindel <input type="checkbox"/> بثورات پوستی · Ausschlag <input type="checkbox"/> خارش · Juckreiz <input type="checkbox"/> گلو درد · Halsschmerzen <input type="checkbox"/> دندان درد · Zahnschmerzen <input type="checkbox"/> گوش درد · Ohrenschmerzen <input type="checkbox"/> سردرد · Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> دل درد · Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> کمر درد · Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> مشکل در تنفس · Atemnot <input type="checkbox"/> اضطراب/وحشت · Angst/Panik <input type="checkbox"/> دیگر مشکلات · Sonstige |
|  | <input type="checkbox"/> خستگی · Mattigkeit <input type="checkbox"/> حساسیت · Irritierbarkeit <input type="checkbox"/> تغییرات شخصیتی · Wesensänderung |

Ernährung, Stuhlgang, Miktion

رژیم غذایی ، دفع مدفوع ، ادرار کردن

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Essen/Appetit ☺ ☹ ☹ | خوردن / اشتها | Stuhlgang | چند بار در هفته؟ ___ x /Woche | دفع مدفوع | | | |
| Trinken/Durst ☺ ☹ ☹ | نوشیدن / تشنگی | | | | | | |
| Wird d. Kind gestillt? <input type="checkbox"/> | ایا کودک با شیر مادر تغذیه میشود؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Trinkt es Fläschchen? <input type="checkbox"/> | ایا گاهی اوقات کودک با بطری تغذیه میشود؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Isst es Brei? <input type="checkbox"/> | ایا گاهی اوقات کودک فرنی میخورد؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Urinieren | i/ n/ خیر بله | braun | schwarz | rot | grau | gelb | grün |
| Ist die Windel nass? <input type="checkbox"/> | ایا پوشک خود را خیس میکند؟ | قهوه ای | سیاه و سفید | قرمز | خاکستری | زرد | سبز |
| Schmerzt d. Pinkeln? <input type="checkbox"/> | ایا هنگام ادرار کردن درد دارد؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|--|-------|---------------|-------|--------------|--------|-------|------|
| Alpträume <input type="checkbox"/> کابوس | ☺ ☹ ☹ | Durchschlafen | ☺ ☹ ☹ | Einschlafen | Schlaf | ☺ ☹ ☹ | خواب |
| | | در خواب طول | | به خواب رفتن | | | |

Hast Du in den letzten 4 Wochen **Medikamente** genommen? Welche? Bitte zeige sie dem Arzt. بله خیر n/
 Bekommt das Kind täglich Vitamin D? بله خیر n/
 Hatten Sie schon einmal **Arztkontakt**? بله خیر n/
 آیا شما در ۴ هفته گذشته دارو استفاده کرده اید؟ لطفا آنها را به دکترتان را نشان دهید.
 آیا فرزند شما روزانه ویتامین د مصرف می کند؟
 آیا فرزند شما تاحالا توسط پزشک معاینه شده؟

Allgemeine Gesundheitsinformationen

وضعیت سلامت عمومی

Schwangerschaft und Geburt

بارداری و زایمان

| | | | |
|--|---|---|---|
| Die wievielte Schwangerschaft war es? .۴/۴ .۳/۳ .۲/۲ .۱/۱ | چند بار باردار شده اید؟ | | |
| Die wievielte Geburt war es? .۴/۴ .۳/۳ .۲/۲ .۱/۱ | چند زایمان داشته اید؟ | | |
| Spontangeburt <input type="checkbox"/> زایمان طبیعی؟ | Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> سزارین | Saugglocke/Zange <input type="checkbox"/> واکنوم | Frühgeburt <input type="checkbox"/> زایمان زودرس؟ |
| HIV oder Hepatitis der Mutter? <input type="checkbox"/> | ایا مادر به هپاتیت یا ایدز دچار است؟ | Medikamente während der Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> | ایا در زمان بارداری دارو مصرف کردید؟ |
| Haben Sie Vorsorgeunterlagen? <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر n/ | ایا مدارک زمان بارداری موجود است؟ | | |

Welche anderen Krankheiten hast Du (gehabt)?

فرزند شما به چه بیماریهای دیگری دچار است؟

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz · قلب | <input type="checkbox"/> Diphtherie · دیفتری | <input type="checkbox"/> Asthma · آسم | <input type="checkbox"/> Tuberkulose · مرض سل |
| <input type="checkbox"/> Niere · کلیه | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung · ذات الریه | <input type="checkbox"/> Diabetes · دیابت | <input type="checkbox"/> Windpocken · آبله مرغان |
| <input type="checkbox"/> Durchfall · اسهال | <input type="checkbox"/> Blinddarmentzündung · آپاندیسیت | <input type="checkbox"/> Hepatitis · هپاتیت | <input type="checkbox"/> Masern · سرخک |
| <input type="checkbox"/> Augen · چشم | <input type="checkbox"/> Neurodermitis · درماتیت عصبی | <input type="checkbox"/> Verstopfung · یبوست | <input type="checkbox"/> Keuchhusten · سیاه سرفه |
| <input type="checkbox"/> Gelenke · مفصل | <input type="checkbox"/> Haut/Ausschlag · راش پوستی | <input type="checkbox"/> Enuresis · مشکل در دفع ادرار | <input type="checkbox"/> Röteln · سرخجه |
| <input type="checkbox"/> Leber · کبد | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Anfälle · صرع / تشنج | <input type="checkbox"/> Allergie · حساسیت | <input type="checkbox"/> Mumps · اوریون |
| <input type="checkbox"/> HIV · ایدز | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung · سرطان | <input type="checkbox"/> Tumor · تومور | <input type="checkbox"/> Scharlach · مخمک |
| <input type="checkbox"/> Sonstige · مشکلات دیگر | | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung · اختلال انعقادی خون | |

Hattest Du schon einmal eine Operation?

بله خیر n/

آیا تا به حال فرزند شما عمل جراحی شده است؟

Sonstiges غیره

Kein Schwein بدون گوشت خوک

Vegetarisch گیاهخواری

Diät · رژیم

Neigst Du zu allergischen Reaktionen?

بله خیر n/

آیا فرزند شما اغلب واکنش های آلرژیک دارد؟

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pollen · گرده | <input type="checkbox"/> Tierhaar · موی حیوانات | <input type="checkbox"/> Penicillin · پنی سیلین |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel · آلرژی غذایی | <input type="checkbox"/> Hausstaub · آلرژی به گرد و غبارخانه | <input type="checkbox"/> Medikamente · داروهای |

Wogegen bist Du geimpft:

آیا شما واکسینه شده اید؟

| | | | |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Tetanus □ کزاز | Diphtherie □ دیفتیری | Keuchhusten □ سیاه سرفه | Polio □ بیماری فلج اطفال |
| Typhus □ تیفوئید | Meningokokken □ مننژیت | Windpocken □ آبله مرغان | MMR □ واکسن سه گانه |
| Masern □ سرخک | Röteln □ سرخجه | Mumps □ اوریون | Hepatitis A □ هپاتیت (A) |
| Hast Du einen Impfpass? | بله/خیر □ □ | آیا دفترچه واکسیناسیون دارید | Hepatitis B □ هپاتیت (B) |

Familiengeschichte

بله/خیر □ □

سابقه خانوادگی

| | | |
|---|-----|--|
| Gibt es schwere Krankheiten in der Familie? | □ □ | آیا بیماری های جدی در خانواده وجود دارند؟ |
| Hatte jemand in Deiner Familie als Kind Diabetes? | □ □ | کسی در خانواده شما به دیابت مبتلاست؟ |
| Gibt es Anfallsleiden in Deiner Familie? | □ □ | آیا سابقه تشنج در خانواده شما وجود دارد؟ |
| Leidet Vater oder Mutter unter Allergien? | □ □ | آیا پدر یا مادر از آلرژی رنج می برند؟ |
| Leidet ein naher Verwandter unter Tuberkulose? | □ □ | آیا از بستگان نزدیک کسی از بیماری سل رنج می برد؟ |
| Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie? | □ □ | آیا بیماری تیروئید در خانواده وجود دارد؟ |
| Sind chronische Darmerkrankungen in der Familie? | □ □ | آیا بیماری روده ای مزمن در خانواده وجود دارد؟ |
| Gibt es Krebserkrankungen in der Familie? | □ □ | آیا سرطان در خانواده وجود دارد؟ |
| Gibt es in der Familie HIV oder Hepatitis? | □ □ | آیا در خانواده کسی دچار هپاتیت یا ایدز است؟ |

Jugendliche

بله/خیر □ □

پسران جوان

| | | |
|---------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Rauchst Du? | □ □ | سیگاری می کشد؟ |
| - Wie viel? | Pro Tag ___ روزانه | چند عدد؟ |
| Trinkst Du Alkohol? | □ □ | آیا الکل می نوشیدی؟ |
| Nimmst du Drogen? | □ □ | آیا شما از مواد مخدر استفاده می کنید؟ |

Mädchen

بله/خیر □ □

دختران جوان

| | | |
|------------------------------|-----|----------------------------|
| Hast Du schon Deine Periode? | □ □ | آیا شما قاعده می شوید؟ |
| Ist sie regelmäßig? | □ □ | آیا به طور منظم؟ |
| Könntest Du schwanger sein? | □ □ | آیا ممکن است باردار باشید؟ |

Wie hast Du Dich in den letzten 2 Wochen gefühlt?

بله/خیر □ □

حال شما در ۲ هفته گذشته چگونه بوده است؟

| | | |
|--|-----|--|
| Wurdest Du schnell wütend? | □ □ | آیا شما زود عصبانی می شوید؟ |
| Hattest Du häufig Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse? | □ □ | آیا شما اغلب به حوادث دردناک فکر می کنید؟ |
| Hattest Du häufig Angst? | □ □ | آیا شما اغلب دچار ترس می شوید؟ |
| Hast Du im Alltag häufig Dinge vergessen? | □ □ | آیا اکثراً دچار فراموشی می شوید؟ |
| Hast Du das Interesse an Deiner Umwelt verloren? | □ □ | آیا شما علاقه به محیط اطرافتان را از دست داده اید؟ |
| Hattest du häufig Probleme Dich zu konzentrieren? | □ □ | آیا با تمرکز کردن مشکل دارید؟ |

Zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift des Arztes

امضای بیمار

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

Er setzt vom Patienten persische Lesefähigkeit voraus, eine nicht persisch sprechende Ärztin oder Arzt kann die Antworten jedoch ohne diesbezügliche Sprachkenntnisse verstehen, da weitgehend bildliche Symbole und MC-Fragen mit deutscher Übersetzung verwendet werden. Persisch ist Amtssprache im Iran, dort „Farsi“ genannt, ebenso in Afghanistan dort als „Dari“ bezeichnet. In der Schriftsprache sind sich diese Sprachen so ähnlich, dass dieser Bogen gleichermaßen von Dari oder Farsi sprechenden Patienten verstanden werden wird. In Tadjikistan dagegen, ist Persisch zwar auch Amtssprache aber es wird eine Variation des Persischen „Tadschiki“ gesprochen und dort i.d.R. mit kyrillischen Schriftzeichen geschrieben. Nur wenige beherrschen das Arabische Alphabet. Insgesamt ist in der Region tendenziell von vielen verschiedenen Dialekten auszugehen, die nicht sinnvoll einzeln in einer Übersetzung abgebildet werden können. Sollte in Einzelfällen Teile des Fragebogens vom Patienten nicht verstanden werden, hilft es möglicherweise, den Englischen medizinischen Begriff auszusprechen, da viele medizinische Fachworte aus dem Englischen transkribiert wurden.

Die Inhaltlichen Schwerpunkte dieses 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 Erstaufnahmeger 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. Ein- oder Durchschlafstörungen und 4. Alpträumen beurteilt werden. Sollten 4 oder mehr dieser insgesamt 10 Items positiv sein, könnten dies Hinweise auf eine mögliche Traumatisierung darstellen. Diese Items wurden in Anlehnung an die Ergebnisse einer gemeinnützigen internationalen Initiative zur Erkennung Posttraumatischer Belastungsstörungen (siehe www.protect-able.eu) aufgenommen, die aber in ihrer ursprünglichen Konzeption für >18-jährige ausgelegt und entsprechend zu bewerten ist.

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

Die Übersetzung nach Farsi erfolgte durch Dr. Saeed Da Kutsch einem engagierten Arzt iranischer/deutscher Nationalität im St. Agnes Hospitals in Bocholt. Korrektur gelesen hat Farid Ajang, der als Farsi-Dolmetscher in Hamburger Erstaufnahmeeinrichtungen arbeitet.

Diesen Fragebogen gibt es außerdem in Arabisch-Deutsch und Pashto-Deutsch, eine weitere Sprachversion des Fragebogens Deutsch – Kurdisch 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

Versionsmanagement:

v1.5fd: Erste komplette Übersetzung des Fragebogen in Farsi durch Dr. Da Kutsch, St. Agnes-Hospital Bocholt

v1.6fd: Korrektur gelesen durch Dr. Da Kutsch. Einige Fehler ausgebessert, Wortwahl überarbeitet.

v1.7fd: Korrektur gelesen durch Farid Ajang, Dolmetscher Farsi-Deutsch