

# Erklärung für den Arzt

## Explicação para o médico

*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>



# Informações sobre este boletim e sobre o sistema de saúde alemão

## 1. Boletim de saúde

Este boletim, destina-se a ajudá-lo a orientar-se no sistema de saúde alemão, mantendo o registo de anteriores ocorrências médicas.

Este boletim está dividido em várias partes. Esta primeira parte contém informações importantes sobre o sistema de saúde na Alemanha e para lhe explicar como pode obter ajuda médica em caso de doença. Além disso contém informações, para ajudar o seu médico.

A segunda parte contém duas formas de questionário anamnese que você poderá preencher, antes de ver um médico, para facilitar a comunicação: Na primeira folha, você pode preencher os dados do seu historial médico. Na segunda folha, você pode descrever seus sintomas atuais.

Além disso, aqui o seu médico poderá documentar os seus tratamentos. Por favor, traga consigo este boletim sempre que vier ao médico. Desta forma, o seu médico pode ganhar rapidamente uma visão geral de seu historial médico.

Este boletim é apenas para si. O mesmo não está relacionado com o seu processo de asilo e é exclusivamente para o seu tratamento médico lá. Você decide a quem quer mostrar este boletim. Ninguém pode ver, contra a sua vontade, as suas informações pessoais registadas neste boletim.

## 2. Direitos dos Pacientes

Na Alemanha, cada pessoa tem direito, a qualquer momento, a cuidados médicos.

O uso de serviços médicos não tem impacto negativo sobre o seu processo de asilo.

Médicos assistentes têm um poder discricionário. Isso significa que, só podem falar com outras pessoas sobre seus pacientes, se os mesmos assim o permitirem. Esta proibição de passagem de informação também se abrange às autoridades estaduais.

Cada pessoa é livre de escolher o seu próprio médico. Se estiver insatisfeito com o seu médico, pode procurar outro.

Enquanto você estiver em processo de asilo, a segurança social é (*Sozialamt*) responsável pelo pagamento das suas despesas médicas, do seu tratamento médico. Para isso, você precisa de pedir na segurança social um papel para fazer o tratamento (*Behandlungsschein*).

Este certificado garante ao seu médico a aprovação dos custos para todos os tratamentos médicos necessários.

Se a segurança social recusar o tratamento, você pode, junto do seu médico, contradizer esta decisão solicitando um novo exame, para justificar/reivindicar a aprovação dos custos.

Ao final de 15 meses a viver na Alemanha, você terá acesso ao seguro de saúde normal deste país.

### 3. Saúde em processo de asilo

Você vai passar por diferentes fase no decorrer do seu processo de asilo.

#### 3.1 Examinação inicial

Após a chegada à Alemanha, os requerentes de asilo são alojados nas instalações centrais. Lá, você pode-se registrar e assim fazer seu pedido de asilo.

Cada requerente de asilo, no âmbito do seu registo, devem ser submetidos a um exame médico. Este estudo serve para identificar possíveis doenças infecciosas e, geralmente, envolve um exame físico e um exame de raios-X aos pulmões. Além disso, eles oferecem as vacinas a você.

Compartilhe, durante o exame com o doutor, informações importantes sobre sua saúde! Ele pode ajudá-lo, em caso de doença, a obter o tratamento necessário. Se você tiver um certificado de vacinação ou outros documentos sobre a sua saúde, pedimos-lhe o favor de os trazer consigo.

#### 3.2 Indicações práticas

Após algum tempo, você será acomodado numas instalações partilhadas. Nestes centros de alojamento/instalações poderá encontrar assistentes sociais (*Sozialarbeiter*) que o poderão ajudar com qualquer dúvida relativamente à sua vida na Alemanha.

##### *Tratamento não-urgente*

Se você quiser ser visto por um médico, precisa de um papel para fazer o tratamento (*Behandlungsschein*). Para dores de dentes, você precisa de um papel para fazer o tratamento dentário especial. Ambos papéis são emitidos pela segurança social (*Sozialamt*). Pergunte ao seu assistente social onde são as instalações da segurança social e como poderá obter o certificado de tratamento. Descreva detalhadamente, ao funcionário da segurança social, os seus sintomas atuais. Se você estiver com dores, deverá deixar isso bem claro.

Com o certificado de tratamento, pode consultar um médico de família. Se pretender visitar outros médicos, peça ao seu médico geral para te entregar o encaminhamento ao medico especialista, (*Überweisungsschein*) por forma a encontrar um especialista. Para consultas com especialistas, é geralmente necessário, marcar consulta com antecedência. Os tempos de espera para uma consulta podem, assim, ser várias semanas. Na consulta, você deve chegar à hora marcada, pois o médico tem reservado este tempo para você. Se você não sabe falar alemão, poderá trazer um intérprete, ajudando desta forma o médico.

Se você precisa de medicação, o médico irá passar-lhe uma receita (*Rezept*) médica. Existem dois tipos de receitas, que diferem na sua cor (vermelho e verde). Com estas receitas, você poderá levantar o seu medicamento numa farmácia. Medicamentos prescritos numa receita vermelha, recebe sem ser necessário pagar, se a receita for verde terá de efetuar o pagamento. Na segurança social, para além de obter o certificado de tratamento, deverá também trazer um documento que indica que, se apresentar uma receita vermelha, não é necessário pagar. Preste muita atenção a este documento e apresente-o ao farmacêutico.

##### *Situações de Emergência*

Numa situação de emergência, você não precisa de um certificado de tratamento usufruir do serviços de urgência hospitalar. As salas de emergência estão abertas 24 horas por dia, incluindo feriados. Em sintomas de risco de vida ou se, devido à doença não é possível chegar à sala de emergência, você pode chamar os serviços de emergência. O número do serviço de emergência é o 112. Se você não conseguir falar alemão, tente encontrar alguém para chamar a ambulância para você. Se não for possível encontrar nenhum intérprete, calmamente diga o seu nome e o local onde se encontra (ex: o nome da rua).

### 3.3 Após a conclusão do processo de asilo

Após estar concluído o processo de asilo, ou depois de estar a viver à 15 meses na Alemanha, você pode entrar no seguro de saúde regular. Irá então receber um cartão de seguro (smart card) deixando assim de ser necessário o certificado de tratamento da segurança social.

Com este cartão com chip você pode recorrer a qualquer médico (e especialista).

### 4. Contacts

Se você ficar doente e tiver com dificuldade em conseguir um tratamento, pode entrar em contato com a assistente social no seu alojamento. Além disso, existem muitos centros de aconselhamento e associações que oferecem ajuda gratuita.

Ajuda com dificuldades para conseguir de tratamento médico :

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

Ludwigstraße 37, 06110 Halle  
Telefone: 0152/159 300 43  
Horário: quintas-feiras 16-18h

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

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg  
Telefone: 0176/665 308 54  
Horário: terças 15-17h

Representando os interesses dos refugiados em Sachsen-Anhalt :

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

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

Assistência por telefone com dificuldades de linguagem :

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

(Mediação linguística em Saxony-Anhalt)  
Telefone: 0345/21 38 93 99

Prestar aconselhamento e terapia para problemas de saúde mental através de :

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

(centros psico sociais para os migrantes)

#### **PSZ Halle**

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

#### **PSZ Magdeburg**

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

# Behandlungsschein

## Papel para fazer o tratamento

Stichtag (Stichtag)		Kassen-Nr.	
Fachbereich Soziales		123456789	12345
Name, Vorname des Leistungsberechtigten nach AStbG, Anschrift			
Musterhahn, Max			
Robinerweg 26, 06132 Halle (Saale)			
geb. am		01.01.1993	
AZ		4564.945672	
Vertragsart		gültig von 01.07.2015 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  
 06108 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 Leistungspflichtiger die vorherige Zustimmung des Kostenträgers einzuholen. Auch Kosten für ärztliche Absenke werden nur ersetzt, wenn sie vom Sozialhilfesieger 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 die **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 Serviceleistungen 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.

Vertragsstempel des abrechnenden Arztes

# Überweisungsschein

## encaminhamento ao medico especialista

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 belagterl. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Geschlecht
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Überschreibung
Diagnose/Werkschtdiagnose		Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	
Befund/Medikation		Überweisung an	
Auftrag		<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms-/Wiederbehandlung	
		eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	
		AU bis	
		Verbindliches Muster	
		Muster 6 (0.2011)	

# Rotes Rezept

## Receita vermelha

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 belagterl. Behandlung	Quartal
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Geschlecht
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Überschreibung
Diagnose/Werkschtdiagnose		Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	
Befund/Medikation		Überweisung an	
Auftrag		<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Ms-/Wiederbehandlung	
		eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	
		AU bis	
		Verbindliches Muster	
		Muster 6 (0.2011)	

**Rp.** (Bitte Lesartweise durchlesen)

bbbr

Abgabedatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Muster: 19 (04/2004)

6282899234

# Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

## Historial clínico geral / doenças que teve antes

Datum:

Name

*Apelido*

---

Geburtsdatum

*Data de nascimento*

Telefonnummer

*Número de telefone*

---

Geschlecht

*Sexo*

Weiblich

*Feminino*

Männlich

*Masculin*

Familienstand

*Estado civil*

Alleinstehend

*Solteiro*

Verheiratet

*Casado*

Verwitwet

*Viúvo*

Getrennt

*Separado*

Kinder

*Crianças*

Nein

*Não*

Ja

*Sim*

Anzahl Kinder

*Número de crianças*

Herkunftsland

*País de Origem*

---

Beruf im Herkunftsland

*Profissão no país de origem*

---

### Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

### A ser preenchido pelo departamento de saúde!

#### 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:

# Historial clínico

Que doenças tem/teve?

## Coração

Ataque cardíaco

Insuficiência cardíaca

Doença cardíaca valvular

Outros:

## Lunge

Asthma

Andere:

## Pulmão

Asma

Outros:

## Magen

Magenentzündung

Sodbrennen

## Estômago

Gastrite

Azia

## Leber

Leberzirrhose

Andere:

## Fígado

Cirrose hepática

Outros:

## Galle

Steinleiden

Andere:

## Bílis (fel)

Litíase

Outros:

## Darm

Krebs

Hämorrhoiden

Hernien

Andere:

## Intestino

Cancro

Hemorroidas

Hérnias

Outros:

## Niere/Blase

Nierenschwäche

Nierensteine

Blasenentzündungen

Andere:

## Rim / Bexiga

Insuficiência renal (dos rins)

Pedras nos rins

Cistite

Outros:

## Frauen

Brustkrebs

Gebärmutterkrebs

## Mulher

Cancro da mama

Cancro cervical



**Männer**

Prostatavergrößerung  
Prostatakrebs

  
**Skelett**

Arthrose  
Rheuma  
Wirbelsäulenschäden  
Andere:

  
  
**Homens**

Aumento da próstata  
Cancro da próstata

**Esqueleto**

Osteoartrite  
Reumatismo  
Lesões na coluna vertebral  
Outros:

**Krebs**

Krebsleiden  
Bestrahlung  
Chemotherapie  
Krebs-Operation

  
  
  
**Cancro**

Cancro disgnosticado  
Irradiação  
Quimioterapia  
Cirurgia de Cancro

**Nerven/Hirn**

Epilepsie  
Schlaganfall  
Andere:

  
**Neurológico / Cérebro**

Epilepsia  
Acidente vascular cerebral  
Outros:

**Augen**

Glaukom  
Katarakt

  
**Olhos**

Glaucoma  
Cataratas

**Haut**

Psoriasis  
Andere:

**Pele**

Psoríase  
Outros:

**Schilddrüse**

Überfunktion  
Unterfunktion

  
**Tiroide**

Hiperativo  
Hipoativo

**Andere**

Diabetes  
Bluthochdruck  
Muskelkrankheiten  
Thrombose  
Blutungsneigung  
Andere:

  
  
  
  
**Outros**

Diabetes  
Hipertensão  
Doenças musculares  
Trombose  
Tendência hemorrágicas  
Outros:

## Welche Organe wurden operiert?

Lunge	<input type="checkbox"/>	Pulmão
Herz	<input type="checkbox"/>	Coração
Brust	<input type="checkbox"/>	Peito / Mamas
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	Útero
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	Cesariana
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	Curetagem / Aborto
Schädel	<input type="checkbox"/>	Crânio / Cabeça
Gelenke	<input type="checkbox"/>	Articulações
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	Fratura / oço quebrado
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Coluna vertebral
Galle	<input type="checkbox"/>	Bílis / Fel
Leber	<input type="checkbox"/>	Fígado
Magen	<input type="checkbox"/>	Estômago
Darm	<input type="checkbox"/>	Intestino
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Apêndice
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Hemorroidas
Blase	<input type="checkbox"/>	Bolha / Bexiga
Niere	<input type="checkbox"/>	Rim
Prostata	<input type="checkbox"/>	Próstata
Augen	<input type="checkbox"/>	Olhos
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Tiroide
Andere:		Outros:

---

## Que órgãos foram sujeitos a operações?

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

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Tuberculose
HIV	<input type="checkbox"/>	HIV
Röteln	<input type="checkbox"/>	Rubéola
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Hepatite / febre amarela
Windpocken	<input type="checkbox"/>	Varicela
Masern	<input type="checkbox"/>	Sarampo

## Qual das seguintes doenças infecciosas já lhe foram diagnosticadas?

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Medikamente:

---

Nahrungsmittel:

---

Pollen:

---

Andere:

---

## Tem alguma alergia ou intolerância?

Medicamentos:

---

Comida:

---

Pólen:

---

Outros:

---

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

Não

Sim

Caso sim, quais medicamentos?  
(Por favor, coloque abaixo).

Name des Medikamentes <i>Nome do medicamento</i>	Wirkstoffmenge <i>Quantidade de ingrediente ativo</i>	Anzahl frúhs <i>Período da manhã</i>	Anzahl mittags <i>Período da noite</i>	Anzahl abends <i>Number (evening)</i>

## Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Não

Sim

Caso sim, quais medicamentos?

---

---

## Agora, está a tomar outros medicamentos?



## **Vorlagen:**

**Anamnesebogen 2**

**Arzttermine**

**Kurzarztbrief**

## **Modelos textos:**

**Histórico do caso 2**

**Consultas médicas**

**Um curto relatório médico**



## Anamnesebogen 2

## Histórico do caso 2

Datum:

Name

*Apelido*

Geburtsdatum

*Data de nascimento*

Telefonnummer

*Número de telefone*

## Aktuelle Symptomatik

## Sintomas atuais

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

*Qual destes sintomas você tem notado em si mesmo nos últimos dias?*

Fieber	<input type="checkbox"/>	Febre
Husten	<input type="checkbox"/>	Tosse
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Dificuldades de respirar
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vômitos
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarreia
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre / barriga seca
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Fezes de cor preta / cocó preto
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Dor ao urinar
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Urina vermelha
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Perda de urina a noite
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Pés ou pernas inchadas
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Comichão / Coceira
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Olhos amarelos e / ou pele amarela
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Aumento de transpirar a noite
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Perda de audição / não ouvir bem
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Danificação visual / problemas dos olhos
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Perturbações no sono / falta de sono
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Cansaço / sentirse fraco

## Sind Sie schwanger?

## Você está grávida?

Ja

Sim

Nein

Não

Vielleicht

É possível.

Wie viele Geburten?

Quantos partos?

Wie viele Schwangerschaften?

Quantas gravidezes?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

A quantas semanas atrás foi o seu último período menstrual?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

*Você perdeu peso nos últimos 3 meses?*

Nein   
Não

Ja   
Sim

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

*Se sim, quantos quilos?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

*Você pensou, recentemente, em se matar?*

Nein   
Não

Ja   
Sim

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Agora tem dores?

Nein   
Não

Ja   
Sim

Wenn ja, wie oft?

*Se tem dores, quantas vezes sente as dores?*

Selten   
Raro

Manchmal   
Às vezes

Oft   
Muitas vezes

Meistens   
Maior parte do tempo

Immer   
Sempre

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

*Por favor, classifica a dor numa escala de 1 (sem dor) a 10 (dor máxima)?*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

*Onde você tem dor?*

*(Por favor, marque com x)*

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

*Onde tem feridas?*

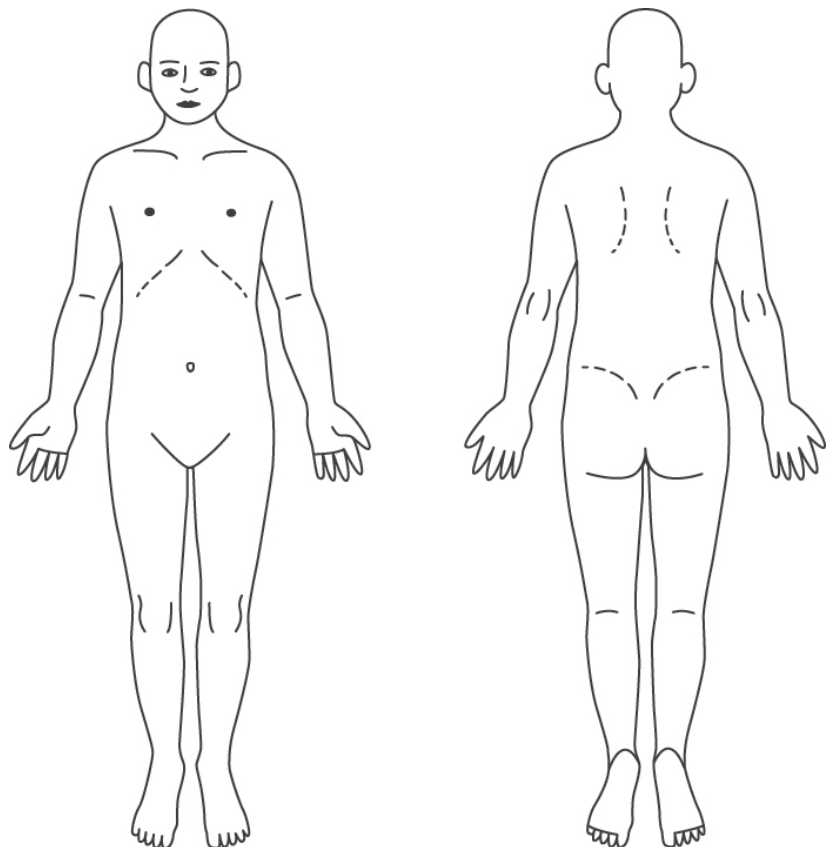
*(Por favor, marque com o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

*Onde tem mudanças de pele?*

*(Por favor, marque com #)*





## Anamnesebogen 2

## Histórico do caso 2

Datum:

Name

*Apelido*

Geburtsdatum

*Data de nascimento*

Telefonnummer

*Número de telefone*

## Aktuelle Symptomatik

## Sintomas atuais

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

*Qual destes sintomas você tem notado em si mesmo nos últimos dias?*

Fieber	<input type="checkbox"/>	Febre
Husten	<input type="checkbox"/>	Tosse
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Dificuldades de respirar
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vômitos
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarreia
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre / barriga seca
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Fezes de cor preta / cocó preto
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Dor ao urinar
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Urina vermelha
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Perda de urina a noite
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Pés ou pernas inchadas
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Comichão / Coceira
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Olhos amarelos e / ou pele amarela
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Aumento de transpirar a noite
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Perda de audição / não ouvir bem
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Danificação visual / problemas dos olhos
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Perturbações no sono / falta de sono
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Cansaço / sentir-se fraco

## Sind Sie schwanger?

## Você está grávida?

Ja

Sim

Nein

Não

Vielleicht

É possível.

Wie viele Geburten?

Quantos partos?

Wie viele Schwangerschaften?

Quantas gravidezes?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

A quantas semanas atrás foi o seu último período menstrual?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

*Você perdeu peso nos últimos 3 meses?*

Nein   
Não

Ja   
Sim

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

*Se sim, quantos quilos?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

*Você pensou, recentemente, em se matar?*

Nein   
Não

Ja   
Sim

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Agora tem dores?

Nein   
Não

Ja   
Sim

Wenn ja, wie oft?

*Se tem dores, quantas vezes sente as dores?*

Selten   
Raro

Manchmal   
Às vezes

Oft   
Muitas vezes

Meistens   
Maior parte do tempo

Immer   
Sempre

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

*Por favor, classifica a dor numa escala de 1 (sem dor) a 10 (dor máxima)?*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

*Onde você tem dor?*

(Por favor, marque com x)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

*Onde tem feridas?*

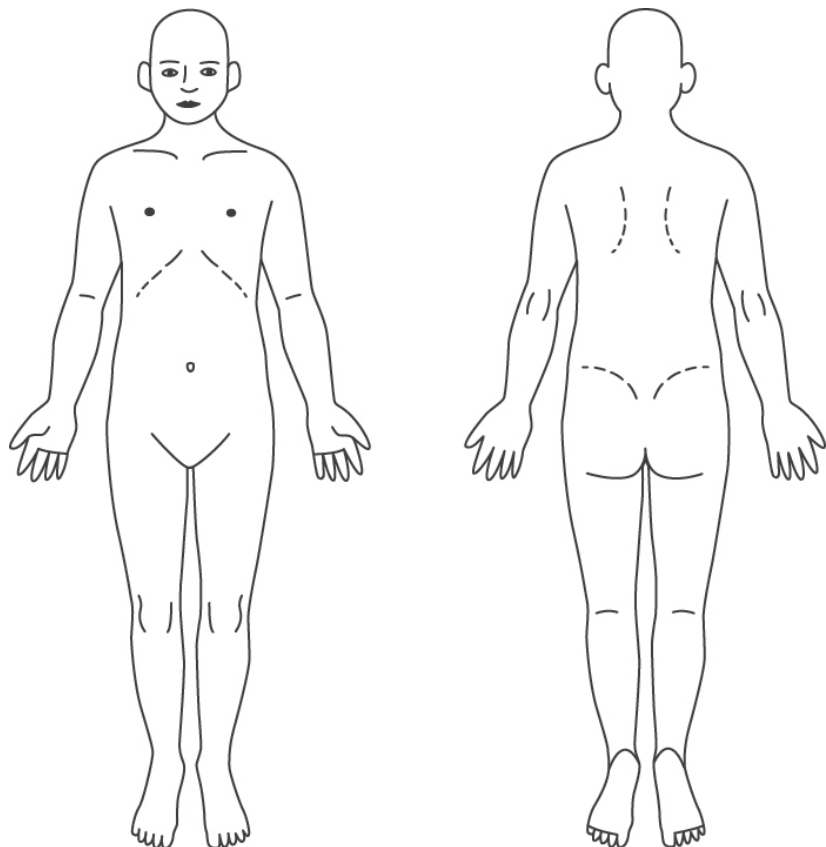
(Por favor, marque com o)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

*Onde tem mudanças de pele?*

(Por favor, marque com #)



# Anamnesebogen 2

# Histórico do caso 2

Datum:

Name

*Apelido*

Geburtsdatum

*Data de nascimento*

Telefonnummer

*Número de telefone*

## Aktuelle Symptomatik

## Sintomas atuais

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

*Qual destes sintomas você tem notado em si mesmo nos últimos dias?*

Fieber	<input type="checkbox"/>	Febre
Husten	<input type="checkbox"/>	Tosse
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Dificuldades de respirar
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Vômitos
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diarreia
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Prisão de ventre / barriga seca
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Fezes de cor preta / cocó preto
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Dor ao urinar
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Urina vermelha
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Perda de urina a noite
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Pés ou pernas inchadas
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Comichão / Coceira
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Olhos amarelos e / ou pele amarela
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Aumento de transpirar a noite
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Perda de audição / não ouvir bem
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Danificação visual / problemas dos olhos
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Perturbações no sono / falta de sono
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Cansaço / sentir-se fraco

## Sind Sie schwanger?

## Você está grávida?

Ja

Sim

Nein

Não

Vielleicht

É possível.

Wie viele Geburten?

Quantos partos?

Wie viele Schwangerschaften?

Quantas gravidezes?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

A quantas semanas atrás foi o seu último período menstrual?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

*Você perdeu peso nos últimos 3 meses?*

Nein   
Não

Ja   
Sim

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

*Se sim, quantos quilos?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

*Você pensou, recentemente, em se matar?*

Nein   
Não

Ja   
Sim

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### Agora tem dores?

Nein   
Não

Ja   
Sim

Wenn ja, wie oft?

*Se tem dores, quantas vezes sente as dores?*

Selten   
Raro

Manchmal   
Às vezes

Oft   
Muitas vezes

Meistens   
Maior parte do tempo

Immer   
Sempre

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

*Por favor, classifica a dor numa escala de 1 (sem dor) a 10 (dor máxima)?*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

*Onde você tem dor?*

*(Por favor, marque com x)*

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

*Onde tem feridas?*

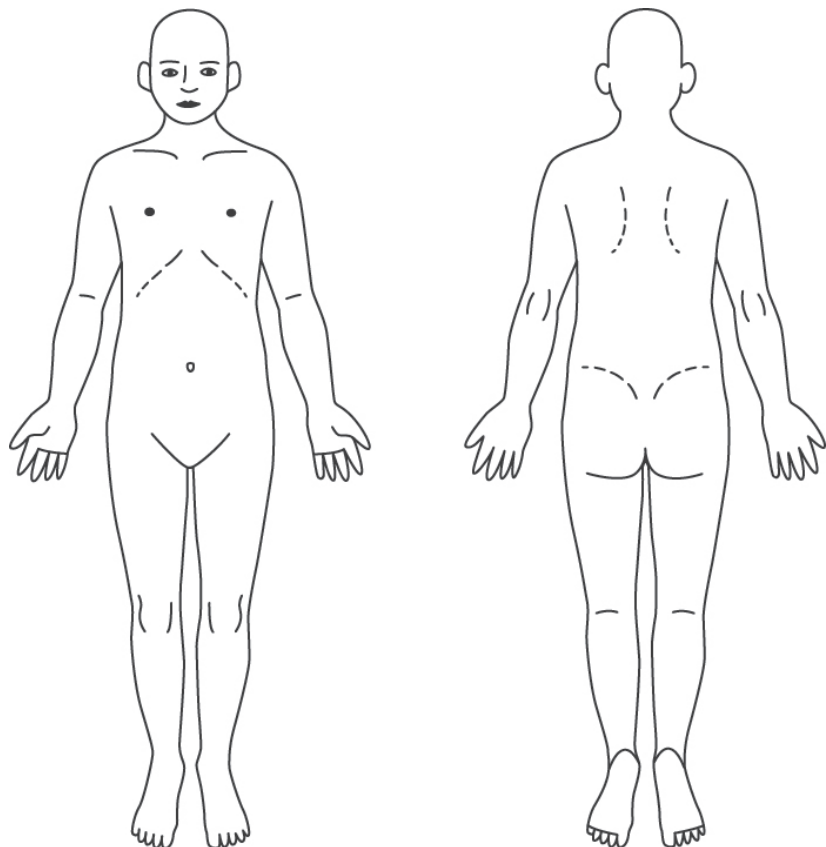
*(Por favor, marque com o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

*Onde tem mudanças de pele?*

*(Por favor, marque com #)*







# Kurzarztbrief

## Um curto relatório médico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

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

# Kurzarztbrief

## Um curto relatório médico

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---



# Kurzarztbrief

## Um curto relatório médico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

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

# Kurzarztbrief

## Um curto relatório médico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

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