

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

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

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

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 ቅልጢፍ 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 ስቱርነት 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 ሶሻያል (Sozialamt) እዩ ዝሸፈን። ነዚ ድማ ኣብ ቤት - ጽሕፈት ሶሻያል ሓደ ሰርቲፊኬት ክንክን (Behandlungsschein) ክትሓቱ ኣለኩም።

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

ቤት - ጽሕፈት ሶሻያል 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 ከምሙኻኑ ከምኡ'ውን ወረቐት ክንክን ከመይ ክትቐበሉ ከምትክእሉ 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 ትክእሉ። 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 ሰለዝመደበ 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 ትክእሉ። እቶም ክፍልታት ህጹጽ ረድኤት ኣብኡ 24 ሰዓት ኣብ መዓልቲ ክፋታት እዮም፣ ዋላ ኣብ መዓልቲ በዓላት። ኣብ ሕይወት ክገድኡ ዝክእሉ ጥርግዓት (ሕማማት) ወይ ብሰንኪ ሕማም ናብ ክፍሊ ህጹጽ ረድኤት ክትከዱ እንተዘይኪኢልኩም፣ ንኣገልግሎት ረድኤት/ኣምቡላንስ ክትድውሉሉ ትክእሉ። ተለፎን ኣምቡላንስ ድማ 112 እዩ። ጀርመንኛ ገና እንተዘይትዛረቡ ኮንኩም፣ ኣምቡላንስ ንዓኹም ክድውሉሉ ዝክእል 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 ተክባልነት ረኪቡ)

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

4. ርክባት

ኣብ ጉዳይ ሕማምኩም ሓደ ክንክን ክግበረልኩም ሸግር 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 Fachbereich Soziales Name, Vorname des Versicherten nach AKB/LG, Anschrift Musterhahn, Max Robrienweg 26, 06132 Halle (Saale)		Kassen-Nr. 123456789	Kassen-Nr. 12345
geb. am 01.01.1993		USt-Nr. _____	
AZ 4564.945672	Status M F A	Behandelnder Arzt in _____	
Vertragsart Nr. gültig von 01.07.2015	gültig bis 30.09.2015	Stadt Halle (Saale) Fachbereich Soziales Abt. Gesundheitsleistungen Südpromenade 30 06106 Halle (Saale)	

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

Unfall/Unfallfolgen

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 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 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 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

ወረቅት ትራንስፈር

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____ Kassen-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____ Status _____ Betriebsrat-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____	Überweisungsschein 06 Quartal <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____ Überweisung an _____ <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> MS-/Wiederbehandlung <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V AU bis _____
Diagnose/Werkschtdiagnose _____ Befund/Medikation _____ Auftrag _____	Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / 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 _____ Vertragsart-Nr. _____ gültig bis _____ Datum _____	Rp. (Bitte Lesartikeln ausschreiben) bbb Bei Antragsstellung ausschließen _____ Abgabedatum _____ Unterschrift des Arztes _____ Muster: 19 (04/2004)
USt-Nr. _____ Unfall _____ Unfallort _____ Unfallort _____	06 Quartal <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei befristeter Behandlung Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____ Überweisung an _____ <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> MS-/Wiederbehandlung <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V AU bis _____ Verbindliches Muster Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Muster 6 (0.2015)

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

ዝተመርዓዎ

verwitwet

ሰበይቱ ዝመተቶ

geschieden

ዝተፈለየ

Kinder

ቆልዑ፥

Nein

ኣይኣልን

Ja

እወ

Anzahl Kinder

መጠን ቆልዑ፥

Herkunftsland

መጠቓል ሃገር፥

Beruf im Herkunftsland

ሰራሕ ኣብ መጠቓል ሃገር፥

Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

ካብ ቤት - ጽሕፈት ጥዕና ኣትጽዓቶኡ እዩ ዝማልእ !

Medizinische Erstuntersuchung

Lungentuberkulose ausgeschlossen durch:

Röntgen-Thorax:

Quantiferon-Test:

Tuberkulin-Hauttest:

Tuberkulose festgestellt:

Kommentar:

Allgemeine Anamnese

ሓፈሻዊ ተዝካር

Welche Krankheiten haben/hatten Sie?

እንታይ ቢህመኩም 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 ኣዲኡ 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"/>	ኣመረድዮ / ጀርባዶ (ሄሞሮይድስ)
Blase	<input type="checkbox"/>	ፍሕኛ
Niere	<input type="checkbox"/>	ኩሊት
Prostata	<input type="checkbox"/>	ፕሮስታቲት
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?

አባኹም 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

ናይ ወ.ልቀ ሕክምና መዝገብ (ማሕደር) **2**

Arzttermine

ቆጸራታት ሓኪም

Kurzarztbrief

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 ምርሓይ 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?

ከንደይ ትውልደታት?

Wie viele Schwangerschaften?

ከንደይ ዋንስታት?

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?

አብ ቶም ዝሓለፉ 3 ኦዋርሕ 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?

አብ ዝሓለፈ ጊዜ 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 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 ኣለውኸም?

(በጃኹም x ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

ኣበይ ቁሰልታት ኣለውኸም?

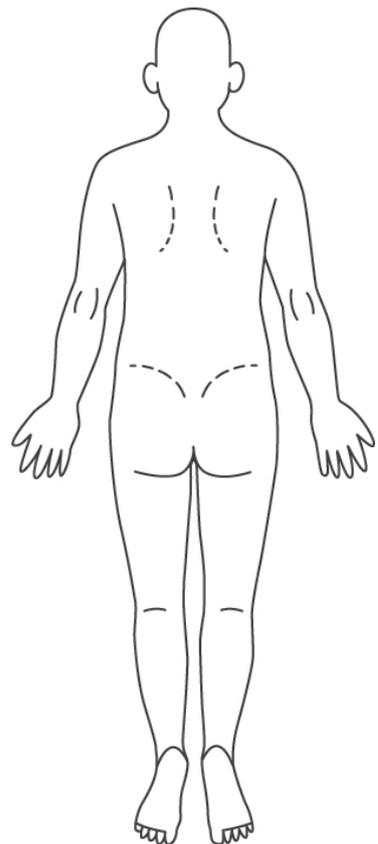
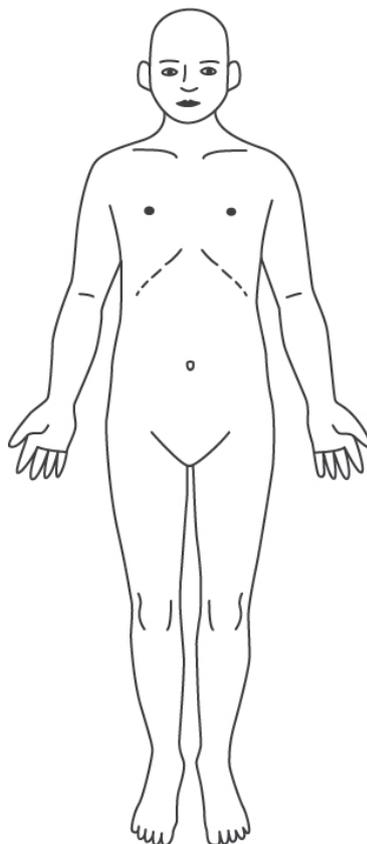
(በጃኹም o ንርኩም ጸሓፉ)

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"/>	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?

ጠኒሰክን 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 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 ጸሓፍ)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

ኣበይ ቁሰልታት ኣለውኻም?

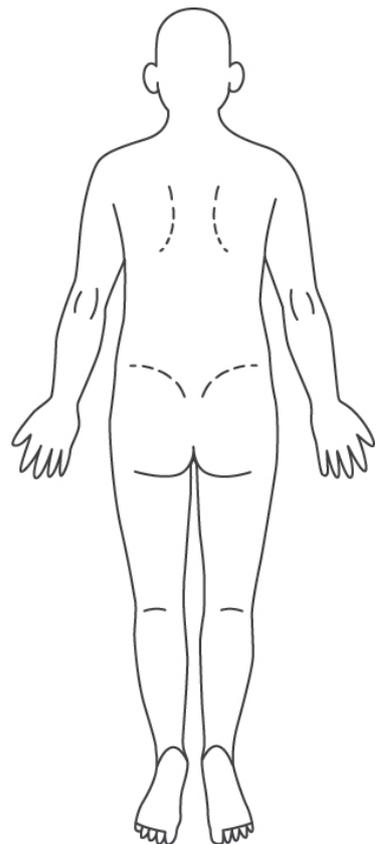
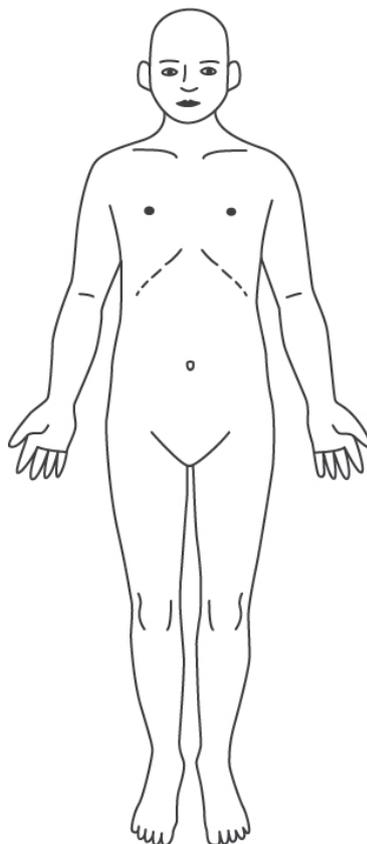
(በጃኻም o ንርኩም ጸሓፍ)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

ኣበይ ናይ ቆርብት ምርእይና ኣለውኻም?

(በጃኻም # ንርኩም ጸሓፍ)



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 ቆርቦት
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?

ጠኒሰክን 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?

አብ ቶም ዝሓለፉ 3 ኦዋርሕ 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?

አብ 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 ኣለውኹም?

(በጃኹም x ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

ኣበይ ቁሰልታት ኣለውኹም?

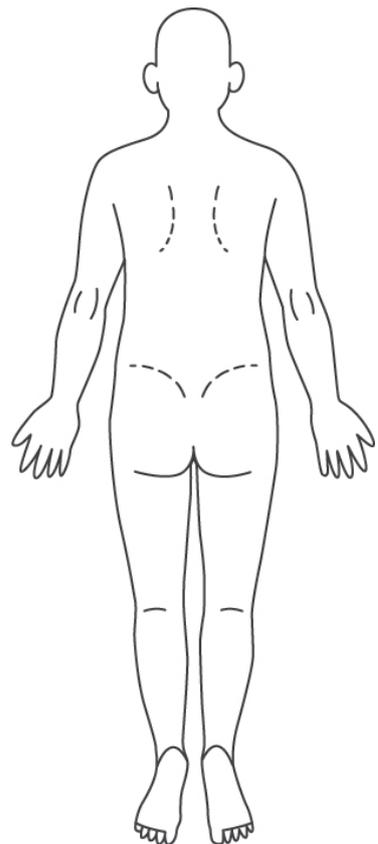
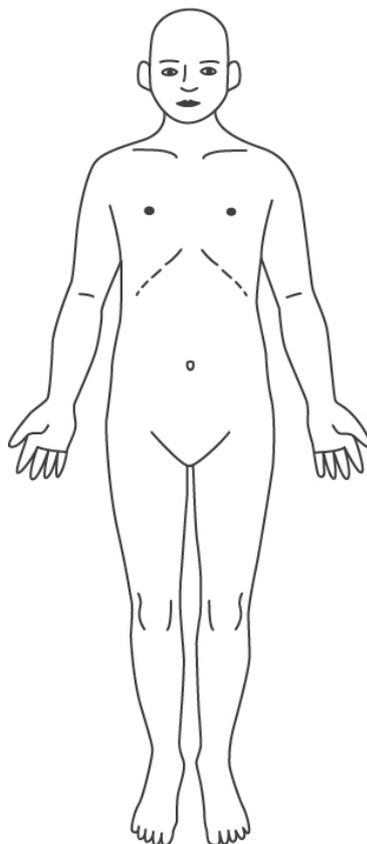
(በጃኹም o ንርኩም ጸሓፉ)

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

ኣበይ ናይ ቆርብት ምርእይና ኣለውኹም?

(በጃኹም # ንርኩም ጸሓፉ)



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

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: _____

