

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

(Ihre Angaben sind vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht)

مهرباني وکړئ د دغو سوالونو (د خپل ماشوم لپاره) ځواب ورکړئ
ستاسو معلومات به پټ ساتلي شي.

Ich verstehe Deutsch

Ich verstehe Englisch

زه په پښتو پوهم

Name des Kindes/Jugendlichen د ماشوم نوم	Geburtsdatum: د زېږون نېټه																											
Vater/Erziehungsberechtigter د پلار نوم	Geburtsort: د زېږېدوځای																											
Wohnort Adresse (Wo leben Sie zurzeit?) ده هستوګنځای اوس چیرته اوسېږي	In welchen Ländern waren sie innerhalb der letzten 6 Monate? هغه هېوادونه چې تاسو په تېرو 6 میاشت کې لیدلي دي																											
Tel/mobil تلیفون	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marokko · مراکش</td> <td><input type="checkbox"/> Syrien · سوريا</td> <td><input type="checkbox"/> Kosovo · کوسوو</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Algerien · الجزائر</td> <td><input type="checkbox"/> Irak · عراق</td> <td><input type="checkbox"/> Bosnien · بوسنیا</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lybien · ليبيا</td> <td><input type="checkbox"/> Iran · ایران</td> <td><input type="checkbox"/> Serbien · سربیا</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ägypten · مصر</td> <td><input type="checkbox"/> Afghanistan · افغانستان</td> <td><input type="checkbox"/> Albanien · البانیا</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eritrea · اریتریا</td> <td><input type="checkbox"/> Pakistan · پاکستان</td> <td><input type="checkbox"/> Kroatien · کرواټیا</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Libanon · لبنان</td> <td><input type="checkbox"/> Mazedonien · مقدونیا</td> <td><input type="checkbox"/> Italien · ایټالیا</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rumänien · رومانیا</td> <td><input type="checkbox"/> Montenegro · مونټینیګرو</td> <td><input type="checkbox"/> Türkei · ترکی</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bulgarien · بلغاریا</td> <td><input type="checkbox"/> Slowenien · سلوانیا</td> <td><input type="checkbox"/> Spanien · هسپانیه</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ungarn · هنگري</td> <td><input type="checkbox"/> Griechenland · ایونان</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Marokko · مراکش	<input type="checkbox"/> Syrien · سوريا	<input type="checkbox"/> Kosovo · کوسوو	<input type="checkbox"/> Algerien · الجزائر	<input type="checkbox"/> Irak · عراق	<input type="checkbox"/> Bosnien · بوسنیا	<input type="checkbox"/> Lybien · ليبيا	<input type="checkbox"/> Iran · ایران	<input type="checkbox"/> Serbien · سربیا	<input type="checkbox"/> Ägypten · مصر	<input type="checkbox"/> Afghanistan · افغانستان	<input type="checkbox"/> Albanien · البانیا	<input type="checkbox"/> Eritrea · اریتریا	<input type="checkbox"/> Pakistan · پاکستان	<input type="checkbox"/> Kroatien · کرواټیا	<input type="checkbox"/> Libanon · لبنان	<input type="checkbox"/> Mazedonien · مقدونیا	<input type="checkbox"/> Italien · ایټالیا	<input type="checkbox"/> Rumänien · رومانیا	<input type="checkbox"/> Montenegro · مونټینیګرو	<input type="checkbox"/> Türkei · ترکی	<input type="checkbox"/> Bulgarien · بلغاریا	<input type="checkbox"/> Slowenien · سلوانیا	<input type="checkbox"/> Spanien · هسپانیه	<input type="checkbox"/> Ungarn · هنگري	<input type="checkbox"/> Griechenland · ایونان	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Marokko · مراکش	<input type="checkbox"/> Syrien · سوريا	<input type="checkbox"/> Kosovo · کوسوو																										
<input type="checkbox"/> Algerien · الجزائر	<input type="checkbox"/> Irak · عراق	<input type="checkbox"/> Bosnien · بوسنیا																										
<input type="checkbox"/> Lybien · ليبيا	<input type="checkbox"/> Iran · ایران	<input type="checkbox"/> Serbien · سربیا																										
<input type="checkbox"/> Ägypten · مصر	<input type="checkbox"/> Afghanistan · افغانستان	<input type="checkbox"/> Albanien · البانیا																										
<input type="checkbox"/> Eritrea · اریتریا	<input type="checkbox"/> Pakistan · پاکستان	<input type="checkbox"/> Kroatien · کرواټیا																										
<input type="checkbox"/> Libanon · لبنان	<input type="checkbox"/> Mazedonien · مقدونیا	<input type="checkbox"/> Italien · ایټالیا																										
<input type="checkbox"/> Rumänien · رومانیا	<input type="checkbox"/> Montenegro · مونټینیګرو	<input type="checkbox"/> Türkei · ترکی																										
<input type="checkbox"/> Bulgarien · بلغاریا	<input type="checkbox"/> Slowenien · سلوانیا	<input type="checkbox"/> Spanien · هسپانیه																										
<input type="checkbox"/> Ungarn · هنگري	<input type="checkbox"/> Griechenland · ایونان	<input type="checkbox"/> _____																										
Versicherung/AOK Nr: صحت بیمه	In Deutschland seit: په جرمني راهیسې: _____/____/20____																											

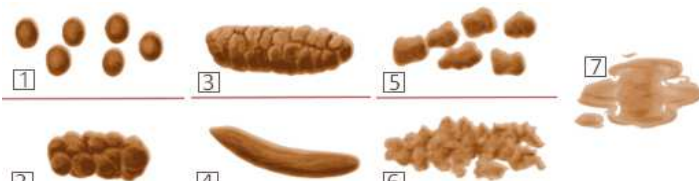
Welche Beschwerden hast Du (Ihr Kind) AKTUELL?

کوم علامات تاسو (ستاسو د ماشوم) اوس لري څو

Hast Du Schmerzen? Bitte auf dem Bild ankreuzen, wo und wie stark. تاسو د درد احساس کېږي؟ په انځور/تصویر کېښی ځای او شدت په نښه کړي	<table border="0"> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Husten .. ټوخي</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Nächten</td> <td>سومره شپو نه</td> <td>am Tag · د ورځې</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>nachts · د شپې</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Schnupfen · پوزه بهېدل</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Erbrechen · ولتی</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Übelkeit · زړه بدوالی</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Durchfall · اسهال/هېضه/د ست</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Krämpfe · تشنج</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Fieber · تبه</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ °C</td> <td>گرید</td> <td>سومره درجه حرارت ؟</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Blutungen · خونريزي/وینه بهېدل</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Schwindel · پرکالي</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Ausschlag · لعمی</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Juckreiz · خارین</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Halsschmerzen · مری ښوګیدل</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Zahnschmerzen · ده غاښ درد</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Ohrenschmerzen · ده غوړ درد</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Kopfschmerzene · سر درد</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Bauchschmerzen · د معدې درد</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ Tagen</td> <td>سومره ورځو نه</td> <td>Rückenschmerzen · ده ملا درد</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>ستریا ·</td> <td>Mattigkeit ·</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>حساسیت ·</td> <td>Irritierbarkeit ·</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>بدلون ·</td> <td>Wesensveränderung ·</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>آتما فی ·</td> <td>Sonstige ·</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Husten .. ټوخي	<input type="checkbox"/>	_____ Nächten	سومره شپو نه	am Tag · د ورځې	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	nachts · د شپې	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Schnupfen · پوزه بهېدل	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Erbrechen · ولتی	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Übelkeit · زړه بدوالی	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Durchfall · اسهال/هېضه/د ست	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Krämpfe · تشنج	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Fieber · تبه	<input type="checkbox"/>	_____ °C	گرید	سومره درجه حرارت ؟	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Blutungen · خونريزي/وینه بهېدل	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Schwindel · پرکالي	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Ausschlag · لعمی	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Juckreiz · خارین	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Halsschmerzen · مری ښوګیدل	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Zahnschmerzen · ده غاښ درد	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Ohrenschmerzen · ده غوړ درد	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Kopfschmerzene · سر درد	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Bauchschmerzen · د معدې درد	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	سومره ورځو نه	Rückenschmerzen · ده ملا درد	<input type="checkbox"/>	_____	ستریا ·	Mattigkeit ·	<input type="checkbox"/>	_____	حساسیت ·	Irritierbarkeit ·	<input type="checkbox"/>	_____	بدلون ·	Wesensveränderung ·	<input type="checkbox"/>	_____	آتما فی ·	Sonstige ·	<input type="checkbox"/>
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Husten .. ټوخي	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Nächten	سومره شپو نه	am Tag · د ورځې	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	nachts · د شپې	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Schnupfen · پوزه بهېدل	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Erbrechen · ولتی	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Übelkeit · زړه بدوالی	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Durchfall · اسهال/هېضه/د ست	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Krämpfe · تشنج	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Fieber · تبه	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ °C	گرید	سومره درجه حرارت ؟	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Blutungen · خونريزي/وینه بهېدل	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Schwindel · پرکالي	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Ausschlag · لعمی	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Juckreiz · خارین	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Halsschmerzen · مری ښوګیدل	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Zahnschmerzen · ده غاښ درد	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Ohrenschmerzen · ده غوړ درد	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Kopfschmerzene · سر درد	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Bauchschmerzen · د معدې درد	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____ Tagen	سومره ورځو نه	Rückenschmerzen · ده ملا درد	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____	ستریا ·	Mattigkeit ·	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____	حساسیت ·	Irritierbarkeit ·	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____	بدلون ·	Wesensveränderung ·	<input type="checkbox"/>																																																																																														
_____	آتما فی ·	Sonstige ·	<input type="checkbox"/>																																																																																														

Ernährung, Stuhlgang, Miktion

خوراک , د حاجت أخراج, تشی مجازی

Essen/Appetit	☺ ☹ ☹	خوراک اشتها	Stuhlgang	په هفته کښی . ___ mal pro Woche د حاجت أخراج						
Trinken/Durst	☺ ☹ ☹	څښاک/ تنده								
Wird das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	ماشوم د مور پی خوری ؟	1	3	5	7				
Trinkt es Fläschchen?	<input type="checkbox"/>	ماشوم بوتل خوری ؟				2	4	6		
Isst es Brei?	<input type="checkbox"/>	میوه خوری ؟	braun	schwarz	rot	grau	gelb	grün		
Urinieren	زآو	آیا داپیر لوند وی ؟	نصواری	تور	سور	خر	ژیر	شین		
Ist die Windel nass?	<input type="checkbox"/>	تشی مجازی / درد یا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schmerzt das Pinkeln?	<input type="checkbox"/>	تکایف ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Alpträume	<input type="checkbox"/>	د ویری خوب	☺ ☹ ☹	Durchschlafen	☺ ☹ ☹	Einschlafen	☺ ☹ ☹	Schlaf	☺ ☹ ☹	وده وی ؟	
			ویده پاتی وی			خوب ورزی ؟					

Hast Du in den letzten 4 Wochen **Medikamente** genommen? Welche? Bitte zeige Sie dem Arzt.

زآو / نه

آیا تاسو (ماشوم) له په تیرو 4 هفتو کښی کوم دارو دورمل ورکړی دی؟ ډاکتر ته وښی

Bekommt das Kind täglich Vitamin D ?

آیا ماشوم ویتامن دی خوری ؟

Hatten Sie schon einmal **Arztkontakt** ?


آیا تاسو ده ډاکتر سره اړیکه لری ده؟

Allgemeine Gesundheitsinformationen

ده صحت معلومات

Schwangerschaft und Geburt

حمل او پدایش

Die wievielte Schwangerschaft war es?	1. 2. 3. 4.	خو ځله تر و سه حامله شوی ی؟	
Die wievielte Geburt war es?	1. 2. 3. 4.	خو ځله ماشومان پیدا شوی دی؟	
Spontangeburt	<input type="checkbox"/>	قدرتی	له وخته مخکی زېږېدنې
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	اپر یشن	Frühgeburt
Saugglocke/Zange	<input type="checkbox"/>	په زوره	اپر مور د امیندواری پر مهال درمل واخلي؟
HIV oder Hepatitis der Mutter?	<input type="checkbox"/>	آیا مور ته ایډز یا هیپیتیس شته؟	Medikamente während der Schwangerschaft?
Haben Sie Vorsorgeunterlagen?	زآو / نه	آیا تاسو د روغتیایی اسناد لری ؟	

Welche anderen Krankheiten hast Du (das Kind) gehabt?

نوری کومی ناروغتیایانی ماشوم یا تاسو لری؟

<input type="checkbox"/> Herz · زره	<input type="checkbox"/> Durchfall · اسهال/هیضه/د ست	<input type="checkbox"/> Asthma · دمه	<input type="checkbox"/> Tuberkulose · تی بی
<input type="checkbox"/> Niere · کرده	<input type="checkbox"/> Enuresis · د شپې په کت کښی مجازی	<input type="checkbox"/> Diabetes · شوگر	<input type="checkbox"/> Windpocken · په بدن دانی
<input type="checkbox"/> HIV · ایډز	<input type="checkbox"/> Apendicitis · اپینډیکس	<input type="checkbox"/> Hepatitis · هیپیتیس/ زیری	<input type="checkbox"/> Masern · شری
<input type="checkbox"/> Augen · سترگی	<input type="checkbox"/> Neurodermitis · زری	<input type="checkbox"/> Verstopfung · قبض	<input type="checkbox"/> Keuchhusten · توره توخله
<input type="checkbox"/> Gelenke · جوړونه	<input type="checkbox"/> Ekzem/Ausschlag · اکزیما/ ښارښ	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung · نمو نیا	<input type="checkbox"/> Röteln · ربیلا
<input type="checkbox"/> Leber · خیگر	<input type="checkbox"/> Epilepsie/Anfälle · میرگی/جهتکه	<input type="checkbox"/> Allergie · حساسیت/الرجی	<input type="checkbox"/> Mumps · بوغتی
<input type="checkbox"/> Diphtherie · دفتريا	<input type="checkbox"/> Krebskrankung · سرطان/ کینسر	<input type="checkbox"/> Tumor · غوتی /رسولی	<input type="checkbox"/> Scharlach · سره تبه
<input type="checkbox"/> Sonstige · نور	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung · ده وینی نه ودریدل		

Hast Du schon einmal eine Operation?

زآو / نه

ماشوم مخکی اپریشن کړی دی؟

Sonstige نور

Kein Schwein ده سور غوښه

Vegetarisch سبزی

Diät · مخصوص خوراک

Neigst Du zu allergischen Reaktionen?

زآو / نه

آیا تاسو ته الرجی کیگی؟

<input type="checkbox"/> Pollen · د بوتو گرد	<input type="checkbox"/> Tierhaar · د ځناورو گرد	<input type="checkbox"/> Penicillin · پنسلین
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel · خوراک	<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben · ده سپرو گرد	<input type="checkbox"/> Medikamente · ده دارو نه

Wogegen bist Du geimpft:

ایا تاسو ویکسن اغستی دی؟

Tetanus □ <input type="checkbox"/> ټیټانوس	Diphtherie □ <input type="checkbox"/> الخناق	Keuchhusten □ <input type="checkbox"/> السعال الديكي	Polio □ <input type="checkbox"/> پولیو
Typhus □ <input type="checkbox"/> میادی تبه	Meningokokken □ <input type="checkbox"/> السحائیه	Windpocken □ <input type="checkbox"/> الحماق (جدري)	MMR □ <input type="checkbox"/> لقاح ثلاثي
Masern □ <input type="checkbox"/> حصبة	Röteln □ <input type="checkbox"/> حصبة المانیة	Mumps □ <input type="checkbox"/> نکاف	Hepatitis A □ <input type="checkbox"/> تور زیری
Hast Du einen Impfpass?	زآو □ <input type="checkbox"/> لا/n □ <input type="checkbox"/>	هل یمتلك الطفل دفتر لقاح	Hepatitis B □ <input type="checkbox"/> تور زیری

Familiengeschichte

زآو □ نه/n □

مورثی طبي تاريخ

Gibt es schwere Erkrankungen in der Familie?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو په کورنۍ کېنې کومه غټه ناروغتيا شته؟
Hatte jemand in Deiner Familie als Kind Diabetes?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو په کو رنۍ کېنې ده ماشوموالی شوگر شته؟
Gibt es Anfallsleiden in Deiner Familie?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو په کورنۍ کېنې چرته مرگی شته؟
Leidet Vater oder Mutter unter Allergien?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسومور يا پلار ته سه رنگه حساسيت شته؟
Leidet ein naher Verwandter unter Tuberkulose?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو کو رنۍ کېنې چا ته تی بی شته؟
Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو کو رنۍ کېنې چا ته تايرايډ مرض شته؟
Gibt es chronische Darmerkrankungen in der Familie?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو کو رنۍ کېنې چا تهده خيټي يا کلمو مرض شته؟
Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو کو رنۍ کېنې چا ته سرطان شته؟
Gibt es in der Familie HIV oder Hepatitis?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ستاسو کو رنۍ کېنې چا ته ايډز يا زیری مرض شته؟

Jugendliche

زآو □ نه/n □

ما شومان

Rauchst Du?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا سرگت سکے؟
- Wie viel?	Pro Tag ___	ده ورزے ___
Trinkst du Alkohol?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا شراب سکے؟
Nimmst Du Drogen?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	سه نوره نشه کے؟

Mädchen

زآو □ نه/n □

جنکۍ

Hast Du schon Deine Periode?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا سته جمی يا ماهواري رازي؟
Ist sie regelmäßig?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	په بنپله نېټه رازي؟
Könntest Du schwanger sein?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا ته أمېدواره کيدے شے؟

Wie hast Du Dich in den letzten 2 Wochen gefühlt?

زآو □ نه/n □

ټبر شوي ۲ هپتو کې سنگه وے؟

Wurdest Du schnell wütend?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا په اسانه قار درزي؟
Hattest Du häufig Erinnerungen an schmerzhafte Ereignisse?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا وخت په وخت ډاره ترابنه ډاډونه ډاډے؟
Hattest Du häufig Angst?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا تا سو باندي وخت په وخت ډره رازي؟
Hast Du im Alltag häufig Dinge vergessen?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا تاسو نه وخت به وخت سيزونه هيريگي؟
Hast Du das Interesse an Deiner Umwelt verloren?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا تاسو حينو وخت کې ده حينو سسزونو نه بيزاری لری؟
Hattest Du häufig Probleme, Dich zu konzentrieren?	□ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/>	آيا تاسو وخت کې پام ستونزه لری؟

Zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift des Arztes

تاريخ. د ډاکټر لاس ليک

Dieser Deutsch/Paschtunisch-afghanische pädiatrische Anamnesebogen wurde für ein klinisch-stationäres Setting entwickelt. Er setzt vom Patienten paschtunische Lesefähigkeit voraus, eine nicht paschtunisch 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 Erstaufnahmehaus 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 u.a. in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des St. Agnes-Hospitals in Bocholt getestet.

Die Übersetzung ins Paschtunische erfolgte durch Imran Kahn, einen engagierten muttersprachlichen Doktoranden des Biologischen Instituts der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.

Tipps und Hinweise zur Übersetzung ins Paschtunische (Pashto):

Bei einigen Fragen dieses Anamnesebogens, die Sie aus medizinischer Hinsicht völlig selbstverständlich stellen, werden Sie damit rechnen müssen, dass sie im Rahmen von Kulturunterschieden möglicherweise von einigen Patienten als unanständig oder höchst peinlich empfunden werden. Das betrifft zum einen Markierungen auf dem Körper im Schambereich (Brust und Genitalbereich, es könnte also sein, dass die Patienten eventuelle Beschwerden dort nicht anzeichnen), aber auch scheinbar harmlose Begriffe die mit Weiblichkeit zu tun haben. Es war z.B. schwierig, eine Umschreibung für das Wort Schwangerschaft und Stillen zu finden, von der die Patientin nicht angeekelt sein würde und es ist in einigen Regionen auch inakzeptabel nach dem Namen der Eltern zu fragen, weil dies den Namen der Mutter beinhaltet, der ungern preisgegeben wird.

Es muss auch damit gerechnet werden, dass es Schwierigkeiten beim Ausziehen geben könnte. Mädchen werden sich möglicherweise schon ab 6 Jahren vor einem männlichen Arzt nicht ausziehen, bei Jungen ist das umgekehrt tendenziell ab der Pubertät der Fall.

Fiebertemperaturen (falls sie gemessen werden) werden in Afghanistan normalerweise in Fahrenheit angegeben. $^{\circ}\text{C} = (^{\circ}\text{F} - 32) / 1,8$.

Bei (nicht religiösen) Datumsangaben wird dagegen der auch in Deutschland gebräuchliche Kalender verwendet.

Ein nicht unerheblicher Teil der Fachsprache ist im Afghanischen dem Englischen entlehnt und transkribiert. Es lohnt sich also, bei Verständigungsproblemen ggfls. das Englische Wort auszusprechen versuchen.

Diesen Fragebogen gibt es auch in Deutsch/Arabisch (und künftig hoffentlich auch in Farsi/Dari, Urdu und Kurdisch.) 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