

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

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

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

Ich verstehe Deutsch

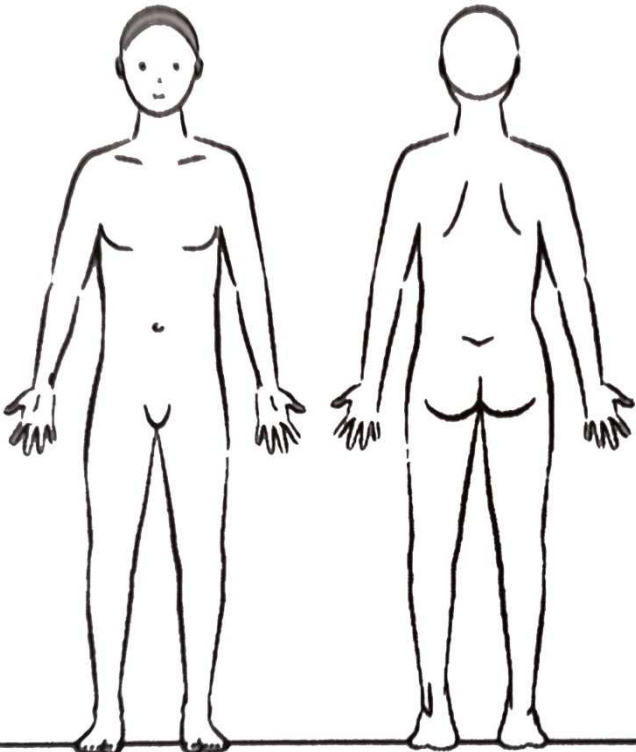
I understand English

وأنا أفهم العربية

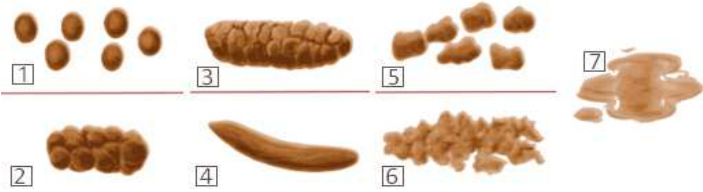
Name des Kindes/Jugendlichen	اسم الطفل	Geburtsdatum	تاريخ الميلاد
Eltern/Sorgeberechtigter	ولي الامر	Geburtsort	مكان الولادة البلد
Wohnort/Adresse	العنوان اسم المدينة	In welchen Ländern waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate?	في اي الدول كنتم اخر سنة اشهر؟
Tel/Mobil	رقم الجوال	<input type="checkbox"/>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

Welche Beschwerden hast Du (Ihr Kind) AKTUELL?

ما هي الاعراض التي يعاني منها الطفل حالياً

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

Ernährung, Stuhlgang, Miktion

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

Alpträume	☺ ☹ ☹	Durchschlafen	☺ ☹ ☹	Einschlafen	Schlaf	☺ ☹ ☹
كوابيس		الاستغراق بالنوم		بداية النوم		النوم

Hast Du in den letzten 4 Wochen **Medikamente** genommen? Welche? Bitte zeige sie dem Arzt.
 Bekommt das Kind täglich Vitamin D?
 Hatten Sie schon einmal **Arztkontakt** ?

لا/n


هل تناول الطفل دواء في اخر 4 اسابيع؟ اذانعم ماهي ونرجو عرضها على الطبيب.
 هل تناول كل يوم فيتامين (د)
 هل زرت الطبيب؟

Allgemeine Gesundheitsinformationen

معلومات عامة

Schwangerschaft und Geburt

الحمل والولادة

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

Welche anderen Krankheiten hast Du (gehabt)?

ماهي الاعراض الاخرى التي يعاني منها الطفل

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

Hattest Du schon einmal eine Operation? لا/n ز/نعم

Sonstiges اشياء اخرى

Kein Schwein لا تاكل لحم الخنزير

Vegetarisch نباتي

Diät نظام الغذاء

هل خضع الطفل لعملية جراحية؟

Neigst Du zu allergischen Reaktionen? لا/n ز/نعم

هل لدى الطفل حساسية تجاه شئ معين؟

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

Wogegen bist Du geimpft:

ضد اي الامراض اعطي الطفل لقاح؟

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

Familiengeschichte

نعم □ لا/n □

امراض وراثية

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

Jugendliche

نعم □ لا/n □

مراهقين

Rauchst Du?	□ □	هل تدخن؟
- Wie viel?	Pro Tag ___ باليوم	كم سيجارة؟
Trinkst Du Alkohol?	□ □	هل تتناول مشروبات كحولية؟
Nimmst du Drogen?	□ □	هل تتعاطى المخدرات؟

Mädchen

نعم □ لا/n □

فتيات

Hast Du schon Deine Periode?	□ □	هل انتك الدورة الشهرية؟
Ist sie regelmäßig?	□ □	هل هي منتظمة؟
Könntest Du schwanger sein?	□ □	هل من الممكن ان تكوني حامل؟

Wie hast Du Dich in den letzten 2 Wochen gefühlt?

نعم □ لا/n □

كيف تشعر اخر اسبوعين؟

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

Zur Kenntnis genommen:

Datum, Unterschrift des Arztes

توقيع المريض

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

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

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

Nicht selten ist die Flucht von Menschen von traumatischen Erfahrungen geprägt. Die letzten 6 Fragen des Fragebogens zum emotionalen Wohlbefinden haben daher einen psychosozialen Hintergrund. Sie sollten in Verbindung mit den Symptomen 1. Kopfschmerzen, 2. sonstige Schmerzen, 3. Ein- oder Durchschlafstörungen und 4. Albträumen 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 ins Arabische erfolgte durch einen engagierten pädiatrischen Stationsarzt syrischer Nationalität an der Kinderklinik des St. Agnes Hospitals in Bocholt und Randa Al-Sibai, Studentin der Medizin an der Al Baath Universität, Homs, Syrien.

Eine weitere Sprachversion des Fragebogens Deutsch – Farsi/Dari sowie Pashtu 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

Änderungsmanagement/Versionsmanagement:

Versions update v1.3: Fehlender arabischer Buchstabe in Überschrift „Welche Beschwerden hast Du (Ihr Kind) AKTUELL?“ auf S. 1 korrigiert.

Versions update v1.4ö: Arabische Version inzwischen von weiteren arabisch sprechenden Pädiatern gelesen und für gut befunden. Hinweis: Es gibt offenbar leichte sprachliche Unterschiede innerhalb des Arabischen je nach Region, die sich aber in Bezug auf diesen Bogen primär stilistisch auswirken und die Verständlichkeit nicht kritisch beeinträchtigen.

Außerdem für Österreich angepasst: „In Deutschland seit:“ ersetzt durch „in Österreich seit“ (de/ar) und Österreichischen Mutter-Kind-Pass hinzugefügt.