

# Erklärung für den Arzt

## Shpjegim për mjekun

*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>



# Informacion mbi këtë fletore shëndeti dhe për sistemin e kujdesit shëndetësor gjerman

## 1. Kjo fletore shëndeti

Kjo fletore duhet t'ju vijë në ndihmë për të kuptuar më së miri sistemin shëndetësor gjerman dhe për tu siguruar që mjekët që Ju trajtojnë janë të informuar për gjendjet Tuaja paraprake.

Përmban pjesë të ndryshme. Kjo pjesë e parë përmban informacione të rëndësishme mbi sistemin shëndetësor gjerman në Gjermani dhe duhet t'ju shpjegojë sesi të mund të merrni ndihmë mjekësore në rast sëmundjeje. Përveç kësaj përmban informacione për mjekun Tuaj për përdorimin e kësaj fletoreje.

Pjesa e dytë përmban dy pyetësorë historiku, që duhet të plotësohen nga Ju para vizitës tek mjeku, për të lehtësuar komunikimin me mjekun: Në pyetësorin e parë Ju mund të tregoni me detaje sëmundjet Tuaja paraprake dhe historikun e sëmundjeve. Në pyetësorin e dytë Ju mund të tregoni shqetësimet Tuaja aktuale.

Për më tepër në këtë fletore ekziston dhe mundësia për mjekun Tuaj, për të dokumentuar vizitat. Ju lutemi merreni me vete këtë fletore në çdo vizitë tek mjeku. Në këtë mënyrë mjeku Juaj mund të krijojë shumë shpejt një pamje të përgjithshme për historikun Tuaj të sëmundjes.

Kjo fletore është vetëm për Ju. Nuk ka lidhje me procedurën Tuaj për azil dhe është përpiluar vetëm për kujdesje mjekësore. Ju vetë vendosni, se kujt do ia tregoni këtë fletore. Askush nuk lejohet të shohë informacionet personale në këtë përmbajtje pa dëshirën Tuaj.

## 2. Të drejtat e pacientit

Në Gjermani, çdo person ka në çdo kohë të drejtën për kujdes mjekësor. Përdorimi i shërbimeve mjekësore nuk ka asnjë ndikim negativ në procedurën Tuaj të azilit.

Mjekët kanë një diskrecion. Kjo do të thotë se ata mund të flasin vetëm me të tjerët në lidhje me pacientët e tyre, nëse ata lejojnë këtë. Kjo gjithashtu ndalon informacione në vendet zyrtare.

Çdo person ka të drejtën për të zgjedhur mjekun e tij vetë. Nëse jeni të pakënaqur me mjekun tuaj, ju mund të shikoni për një mjek tjetër.

Për sa kohë që ju jeni në procedurat e azilit, Zyra për Çështje Sociale (*Sozialamt*) do të jetë përgjegjës për pagesën e trajtimit tuaj mjekësor. Për këtë ju duhet të aplikoni tek Zyra për Çështje Sociale për një rekomandim trajtimi (*Behandlungsschein*).

Ky rekomandim trajtimi garanton mjekun Tuaj për të gjitha shpenzimet për trajtimet mjekësore të nevojshme.

Nëse Zyra juaj për Çështje Sociale refuzon trajtimin, ju mund të paraqisni kundërshtim me mjekun Tuaj në mënyrë që të arrihet një rishqyrtim i shpenzimeve.

Pas jo më shumë se 15 muaj në Gjermani, ju merrni qasje në shëndetësi normale.

### 3. Shëndeti në procedurën e azilit

Ju do të kaloni nëpër stacione të ndryshme në procedurën tuaj të azilit.

#### 3.1 Vizita në Regjistrimin e Parë

Pas mbërritjes në Gjermani, azilkërkuesit strehohen në institucionet qendrore. Aty do të regjistrohen dhe do të mund të paraqesin kërkesën për azil.

Çdo azilkërkues në kuadrin e regjistrimit duhet t'i nënshtrohet një ekzaminimi mjekësor nga një mjek. Ky ekzaminim shërben për identifikimin e sëmundjeve ngjitëse dhe zakonisht përfshin një ekzaminim fizik dhe një kontroll X-ray të mushkërive. Përveç kësaj, në kuadrin e këtij ekzaminimi, do t'ju ofrohet vaksinimi.

Ndani me mjekun që Ju viziton të gjitha informacionet e rëndësishme për shëndetin Tuaj! Kjo mund të ju ndihmojë për të marrë trajtimin e nevojshëm në rast të sëmundjes. Nëse ju keni certifikatën e vaksinimit apo dokumente të tjera në lidhje me shëndetin tuaj, merrini ato me vete.

#### 3.2 Udhëzime praktike

Pas pak kohe Ju do të strehoheni në një banesë të përbashkët. Në këto strehime janë angazhuar punonjës social (*Sozialarbeiter*), të cilët do t'ju vijnë në ndihmë për të gjitha pyetjet në lidhje me të jetuarin në Gjermani.

##### Trajtime jo-urgjente

Nëse do shkoni tek mjeku, Ju nevojitet një fletë trajtimi (*Behandlungsschein*). Në rast se keni dhimbje dhëmbi, Ju keni nevojë për një rekomandim special për trajtimin e dhëmbëve. Të dyja dëftesat lëshohen nga Zyra për Çështje Sociale (*Sozialamt*). Pyesni punonjës socialin Tuaj social, se ku gjendet Zyra përgjegjëse për Çështje Sociale dhe sesi mund të merrni një fletë trajtimi. Shpjegojani qartë punonjës social të gjitha shqetësimet Tuaja. Nëse keni dhimbje, atëherë edhe këto duhet ti tregoni qartë.

Me fletën e trajtimit Ju mund të shkoni tek mjeku i familjes. Nëse doni të shkoni tek mjekë të tjerë, atëherë nga mjeku Juaj i përg-

jithshëm duhet të merrni një dëftesë transferimi (*Überweisungsschein*) për tek mjeku specialist. Tek mjekët specialist normalisht është e nevojshme që të lini më parë një takim. Kohët e pritjes në këto raste mund të jenë disa javë. Në takim Ju duhet të jeni i përpiktë, pasi mjeku ka rezervuar kohë për Ju. Nëse nuk mund të flisni gjermanisht, do ishte ndihmë për Ju dhe mjekun, nëse merrni me vete edhe një përkthyes.

Nëse do Ju nevojiten medikamente, mjeku do t'ju japë një recetë (*Rezept*). Ka dy lloje recetash, që dallojnë nga ngjyra që mbartin (E kuqe dhe Jeshile). Me këto receta Ju do të merrni medikamente në farmaci. Medikamentet mbi një recetë të kuqe Ju i merrni pa pagesë, ato mbi recetë të jeshile duhet ti paguani vetë. Nga Zyra për Çështje Sociale Ju bashkë me fletën e trajtimit do të merrni edhe një dokument, që i tregon farmacistit, që Ju nuk do të paguani gjë për Recetat e Kuqe. Ruajeni me kujdes këtë dokument dhe tregojani farmacistit.

##### Raste Urgjente

Për rastet urgjente Ju nuk keni nevojë për fletë trajtimi dhe mund të paraqiteni në urgjencat e spitaleve. Urgjencat janë të hapura 24 orë, edhe gjatë ditëve të festave. Në rast shqetësimesh me rrezik jete apo kur nuk është e mundur si kushtëzim nga sëmundja që Ju të shkoni vetë në urgjencë, Ju mund të telefononi Shërbimin e Urgjencës. Numri i Shërbimit të Urgjencës është 112. Nëse ende nuk flisni gjermanisht, përpiquni të gjeni dikë, që të telefonojë për Ju tek Shërbimi i Urgjencës. Nëse nuk keni askënd, atëherë thoni qartë dhe ngadalë emrin dhe vendin, nga ku telefononin (p.sh. emrin e rrugës).

#### 3.3 Pas përfundimit të procedurës së azilit

Pasi procedura Juaj e azilit ka përfunduar ose pasi të keni jetuar për 15 muaj në Gjermani, ju mund të hyni në sigurimin e rregullt shëndetësor. Në këtë rast Ju merrni një kartë të sigurimit (kartë smart) dhe nuk keni nevojë më për një fletë trajtimi.

Me këtë kartë smart ju mund të vizitoheni tek çdo mjek (edhe tek mjeku specialist).

#### 4. Kontakte

Nëse në rast sëmundjeje, Ju keni vështirësi për të marrë një trajtim, Ju mund t'i drejtoheni punonjësit social në banesën Tuaj. Përveç kësaj , ka shumë qendra konsulence dhe shoqata, që ofrojnë ndihmë pa pagesë.

*Ndihmë në rast vështirësish, për të marrë një trajtim mjekësor :*

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

Ludwigstraße 37, 06110 Halle  
Nr.telefoni: 0152/159 300 43  
Orar vizitash: çdo të enjte ora 16-18

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

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg  
Nr.telefoni: 0176/665 308 54  
Orar vizitash: çdo të martë ora 15-17

*Konsulencë dhe terapi për probleme psikike ofrojnë :*

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

(Qendrat psikosociale për migrantët)

##### **PSZ Halle**

Charlottenstraße 7, 06108 Halle  
Nr.telefoni: 0345/21 25 768

##### **PSZ Magdeburg**

Liebknechtstraße 55, 39108 Magdeburg  
Nr.telefoni: 0391/63 10 98 07

*Përfaqësimi i interesave të azilkërkuesve në Sachsen-Anhalt :*

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

Schellingstraße 3-4, 39104 Magdeburg  
Nr.telefoni: 0391/53 71 281

*Ndihmë telefonike në rast vështirësie me gjuhën :*

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

(Ndërmjetësim gjuhe në Sachsen-Anhalt)  
Nr.telefoni: 0345/21 38 93 99

# Behandlungsschein

## Fletë trajtimi

Fachbereich Soziales Name, Vorname des Leistungsberechtigten nach AStb/G, Anschrift Musterhahn, Max Robrienweg 26 , 06132 Halle (Saale) geb. am 01.01.1993 AZ 4564.945672 Vertragspartner gültig von 01.07.2015 gültig bis 30.09.2015		<b>Behandlungsschein Asyl</b> <b>Gültig nur im Stadtgebiet Halle (Saale); erweitert auf nicht administrative Region Halle!</b> <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen Behandelnder Arzt in _____
---	--	---

**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 Sozialhilfesäger 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 Verwendung finden werden.
- Dieser Behandlungsschein ist nicht für die Behandlung im Rahmen des Kassenzentralen Notfalldienstes gültig.
- Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen werden analog der ACK übernommen.

Stadt Halle (Saale)  
 Fachbereich Soziales  
 Abt. Gesundheitsleistungen  
 Südpromenade 30  
 06128 Halle (Saale)

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

# Überweisungsschein

## Dëftesë transferte

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherung-Nr. Status Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum Diagnose/Werkschtdiagnose Befund/Medikation Auftrag	<b>Überweisungsschein</b> <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegter Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen 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
--	---

06  
 Quartal  
 Geschlecht  
 AU bis  
**Verbindliches Muster**  
 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
 Muster 6 (01/2011)

# Rotes Rezept

## Recetë e Kuqe

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherung-Nr. Status Vertragspartner Nr. gültig bis Datum	<b>Rp. (Bitte Lesensfähig lesen)</b> bbb Abgabedatum Pflanzlich oder Arzneimittel Unfalltag Unfallort und Arbeitsstellennummer	Pflanzlich oder Arzneimittel STB Applikationsnummer (K) Dosierung Überwachen / beobachten Fachl. Team C-Werbung S-Werbung B-Werbung Vertragsarztstempel 6282899234
---	---	--

# Allgemeine Krankengeschichte / Vorerkrankungen

## Historia e përgjithshme mjekësore / Sëmundjet e mëparshme

Datum:

Name

*Emri/Mbiemri*

---

Geburtsdatum

*Data e lindjes*

Telefonnummer

*Numri i telefonit*

---

Geschlecht

*Gjinia*

weiblich

*femër*

männlich

*mashkull*

Familienstand

*Gjendja civile*

ledig

*beqar*

verheiratet

*i/e martuar*

verwitwet

*vejushë*

getrennt

*i/e ndarë*

Kinder

*Fëmijë*

Nein

*jo*

Ja

*po*

Anzahl Kinder

*Numri i fëmijëve*

Herkunftsland

*Vendi i origjinës*

---

Beruf im Herkunftsland

*Profesioni Vendi i origjinës*

---

### Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

### Për t'u plotësuar nga departamenti i shëndetësisë!

#### 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:

# Historiku i përgjithshëm

Cilat sëmundje keni/kishit Ju?

## Zemra

Infarkt zemre

Dështimi i zemrës

Sëmundje të zemrës valvulare

të tjera:

## Lunge

Asthma

Andere:

## Mushkëritë

Astma

të tjera:

## Magen

Magenentzündung

Sodbrennen

## Stomaku

Gastrit

Urthi

## Leber

Leberzirrhose

Andere:

## Mëlçia

Cirrozë mëlçie

të tjera:

## Galle

Steinleiden

Andere:

## Tëmthi

Ankesa nga gurë/ Lithiasis

të tjera:

## Darm

Krebs

Hämorrhoiden

Hernien

Andere:

## Zorra

Kancer

Hemoroide

Hernie

të tjera:

## Niere/Blase

Nierenschwäche

Nierensteine

Blasenentzündungen

Andere:

## Veshka/Fshikëza

Dështimi i veshkave

Gur në veshka

Cistiti

të tjera:

## Frauen

Brustkrebs

Gebärmutterkrebs

## Femrat

Kancer gjiri

Kancer në mitër



**Männer**

Prostatavergrößerung  
Prostatakrebs

  
**Skelett**

Arthrose  
Rheuma  
Wirbelsäulenschäden  
Andere:

  
  
**Meshkujt**

Zmadhimi i prostatës  
Kancer prostate

**Skeleti**

Artroza  
Reumatizëm  
Dëmtime të shtyllës kurizore  
të tjera:

**Krebs**

Krebsleiden  
Bestrahlung  
Chemotherapie  
Krebs-Operation

  
  
  
**Kancer**

Kancer  
Radioterapi  
Kimioterapi  
Kirurgji kanceri

**Nerven/Hirn**

Epilepsie  
Schlaganfall  
Andere:

  
**Nervat/Truri**

Epilepsi  
Goditje  
të tjera:

**Augen**

Glaukom  
Katarakt

  
**Sytë**

Glaukom  
Katarakt

**Haut**

Psoriasis  
Andere:

**Lëkura**

Psoriazë  
të tjera:

**Schilddrüse**

Überfunktion  
Unterfunktion

  
**Gjendra tiroide**

hiperaktive  
hipoaktive

**Andere**

Diabetes  
Bluthochdruck  
Muskelkrankheiten  
Thrombose  
Blutungsneigung  
Andere:

  
  
  
  
**Të tjera**

Diabeti  
Tension i lartë  
Sëmundje muskulare  
Trombozë  
Hemoragji  
të tjera:

## Welche Organe wurden operiert?

Lunge	<input type="checkbox"/>	Mushkëria
Herz	<input type="checkbox"/>	Zemra
Brust	<input type="checkbox"/>	Gjiri
Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	Mitra
Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	Prerje cezariane
Ausschabung	<input type="checkbox"/>	Kuretazh
Schädel	<input type="checkbox"/>	Kafka
Gelenke	<input type="checkbox"/>	Nyjat
Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	Fraktura
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	Shtylla kurrizore
Galle	<input type="checkbox"/>	Tëmthi
Leber	<input type="checkbox"/>	Mëlçi
Magen	<input type="checkbox"/>	Stomaku
Darm	<input type="checkbox"/>	Zorra
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Zorra qorre
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	Hemoroide
Blase	<input type="checkbox"/>	Fshikëza
Niere	<input type="checkbox"/>	Veshkat
Prostata	<input type="checkbox"/>	Prostata
Augen	<input type="checkbox"/>	Sytë
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Gjendra tiroide
Andere:		Të tjera:

---

## Të cilat organet ishin operuar në?

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

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Tuberkuloz
HIV	<input type="checkbox"/>	HIV
Röteln	<input type="checkbox"/>	Rubeola
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Hepatit
Windpocken	<input type="checkbox"/>	Lija e dhenve
Masern	<input type="checkbox"/>	Fruthi

## Cilat nga sëmundjet ngjitëse në vijim është konstatuar më parë tek Ju?

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Medikamente:

---

Nahrungsmittel:

---

Pollen:

---

Andere:

---

## A jeni njohur me alergji apo intolerancë?

Medikamente:

Ushqim:

Poleni:

Të tjera:

---

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren)

Jo

Po

Nëse po, cilat? (Ju lutem shënoni më poshtë.)

Name des Medikamentes <i>Emri i medikamentit</i>	Wirkstoffmenge <i>Sasia e substancës vepruese</i>	Anzahl frühs <i>Sasia në mëngjes</i>	Anzahl mittags <i>Sasia në drekë</i>	Anzahl abends <i>Sasia në darkë</i>

## Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Jo

Po

Nëse po, cilat?

---

---

## A merrni aktualisht medikamente të tjera?



## **Vorlagen:**

**Anamnesebogen 2**

**Arzttermine**

**Kurzarztbrief**

## **Tekst templates:**

**Fleta e anamnezës 2**

**Takime m mjekun**

**Raport i shkurtër mjekësor**



# Anamnesebogen 2

# Fleta e anamnezës 2

Datum:

Name

Emri/Mbiemri

Geburtsdatum

Data e lindjes

Telefonnummer

Numri i telefonit

## Aktuelle Symptomatik

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

Fieber	<input type="checkbox"/>	Temperaturë
Husten	<input type="checkbox"/>	Kollë
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Vështirësi në frymëmarrje
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Të vjella
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diare
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Kapllëk
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Ngjyrim i zi i jashtëqitjes
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urinim i dhimbshëm
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Ngjyra e kuqe e urinës
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urinim gjatë natës
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Enjtje e këmbëve dhe/ose shputave
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Kruarje
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Zverdhim i syve dhe /ose i lëkurës
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Djersitje e madhe natën
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje dëgjimi
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje shikimi
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Çrregullime gjumi
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje fuqie

## Simptomat e tanishme

Cilat nga këto simptoma keni vënë re tek vetja në ditët e fundit?

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Po

Jo

Ndoshta

Sa lindje keni?

Wie viele Schwangerschaften?

Sa shtatzani?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Sa javë më parë ka qenë cikli juaj i fundit menstrual?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

*A keni humbur peshë në 3 muajt e fundit?*

Nein

Ja

*Jo*

*Po*

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

*Nëse po, sa kilogramë?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

*A keni menduar për vetëvrasje kohët e fundit?*

Nein

Ja

*Jo*

*Po*

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### A keni dhimbje aktualisht?

Nein

*Jo*

Ja

*Po*

Wenn ja, wie oft?

*Nëse po, sa shpesh?*

selten

*rrallë*

manchmal

*ndonjëherë*

oft

*shpesh*

meistens

*shumë herë*

immer

*gjithmonë*

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

*Nëse po, sa të forta janë dhimbjet në një shkallë nga 1 (pa dhimbje) në 10 (dhimbje maksimale)?*

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

*Ku i keni dhimbjet?*

*(Lutemi shënoni me x)*

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

*Ku keni plagë?*

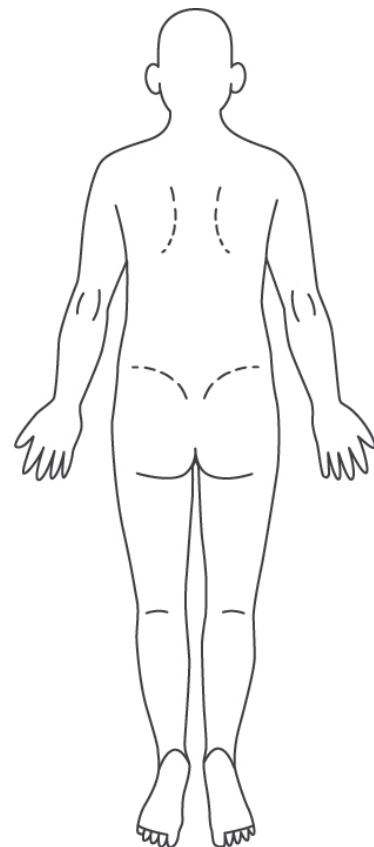
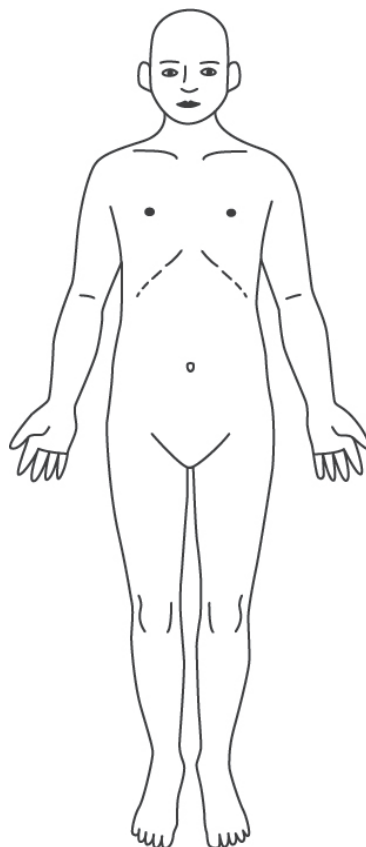
*(Lutemi shënoni me o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

*Ku i keni anomalitë e lëkurës?*

*(Lutemi shënoni me #)*





# Anamnesebogen 2

# Fleta e anamnezës 2

Datum:

Name

*Emri/Mbiemri*

Geburtsdatum

*Data e lindjes*

Telefonnummer

*Numri i telefonit*

## Aktuelle Symptomatik

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

Fieber	<input type="checkbox"/>	Temperaturë
Husten	<input type="checkbox"/>	Kollë
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Vështirësi në frymëmarrje
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Të vjella
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diare
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Kapllëk
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Ngjyrim i zi i jashtëqitjes
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urinim i dhimbshëm
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Ngjyra e kuqe e urinës
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urinim gjatë natës
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Enjtje e këmbëve dhe/ose shputave
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Kruarje
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Zverdhim i syve dhe /ose i lëkurës
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Djersitje e madhe natën
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje dëgjimi
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje shikimi
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Çrregullime gjumi
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje fuqie

## Simptomat e tanishme

*Cilat nga këto simptoma keni vënë re tek vetja në ditët e fundit?*

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

## A jeni shtatzanë?

Po

Jo

Ndoshta

Sa lindje keni?

Wie viele Schwangerschaften?

Sa shtatzani?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Sa javë më parë ka qenë cikli juaj i fundit menstrual?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

*A keni humbur peshë në 3 muajt e fundit?*

Nein

Ja

*Jo*

*Po*

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

*Nëse po, sa kilogramë?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

*A keni menduar për vetëvrasje kohët e fundit?*

Nein

Ja

*Jo*

*Po*

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### A keni dhimbje aktualisht?

Nein

*Jo*

Ja

*Po*

Wenn ja, wie oft?

*Nëse po, sa shpesh?*

selten

*rrallë*

manchmal

*ndonjëherë*

oft

*shpesh*

meistens

*shumë herë*

immer

*gjithmonë*

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

*Nëse po, sa të forta janë dhimbjet në një shkallë nga 1 (pa dhimbje) në 10 (dhimbje maksimale)?*

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

*Ku i keni dhimbjet?*

*(Lutemi shënoni me x)*

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

*Ku keni plagë?*

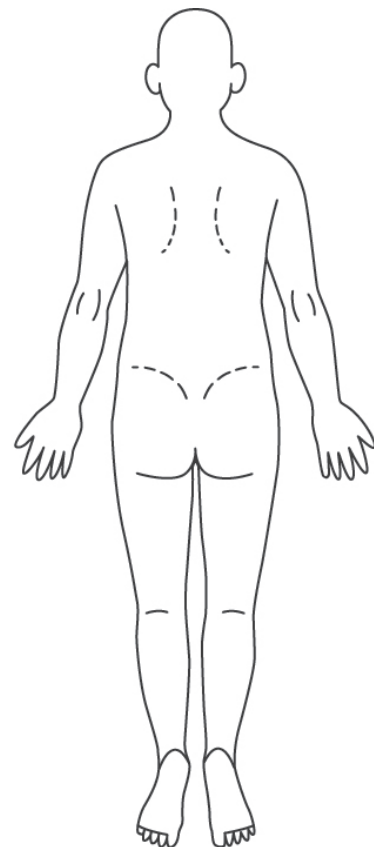
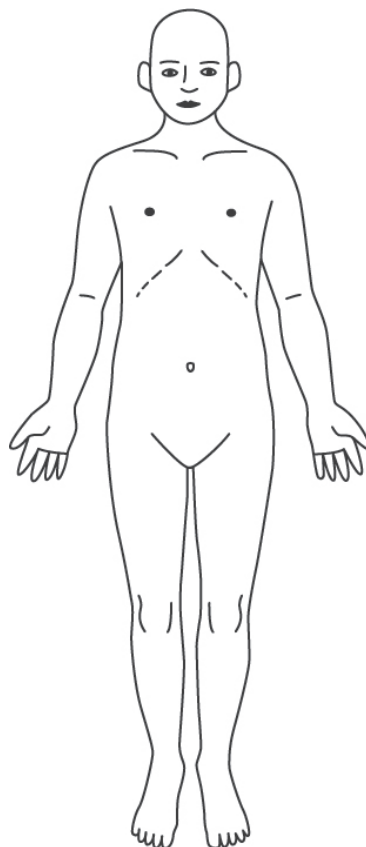
*(Lutemi shënoni me o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

*Ku i keni anomalitë e lëkurës?*

*(Lutemi shënoni me #)*



# Anamnesebogen 2

# Fleta e anamnezës 2

Datum:

Name

*Emri/Mbiemri*

Geburtsdatum

*Data e lindjes*

Telefonnummer

*Numri i telefonit*

## Aktuelle Symptomatik

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

Fieber	<input type="checkbox"/>	Temperaturë
Husten	<input type="checkbox"/>	Kollë
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Vështirësi në frymëmarrje
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Të vjella
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Diare
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Kapllëk
Schwarzfärbung des Stuhls	<input type="checkbox"/>	Ngjyrim i zi i jashtëqitjes
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urinim i dhimbshëm
Rotfärbung des Urins	<input type="checkbox"/>	Ngjyra e kuqe e urinës
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Urinim gjatë natës
Anschwellen der Beine und /oder der Füße	<input type="checkbox"/>	Enjtje e këmbëve dhe/ose shputave
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	Kruarje
Gelbfärbung der Augen und /oder der Haut	<input type="checkbox"/>	Zverdhim i syve dhe /ose i lëkurës
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Djersitje e madhe natën
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje dëgjimi
Sehminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje shikimi
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Çrregullime gjumi
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>	Ulje fuqie

## Simptomat e tanishme

*Cilat nga këto simptoma keni vënë re tek vetja në ditët e fundit?*

## Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Vielleicht

Wie viele Geburten?

Po

Jo

Ndoshta

Sa lindje keni?

Wie viele Schwangerschaften?

Sa shtatzani?

Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?

Sa javë më parë ka qenë cikli juaj i fundit menstrual?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?

*A keni humbur peshë në 3 muajt e fundit?*

Nein

Ja

*Jo*

*Po*

Wenn ja, wie viel Kilogramm?

*Nëse po, sa kilogramë?*

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht sich umzubringen?

*A keni menduar për vetëvrasje kohët e fundit?*

Nein

Ja

*Jo*

*Po*

## Haben Sie aktuell Schmerzen?

### A keni dhimbje aktualisht?

Nein

*Jo*

Ja

*Po*

Wenn ja, wie oft?

*Nëse po, sa shpesh?*

selten

*rrallë*

manchmal

*ndonjëherë*

oft

*shpesh*

meistens

*shumë herë*

immer

*gjithmonë*

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

*Nëse po, sa të forta janë dhimbjet në një shkallë nga 1 (pa dhimbje) në 10 (dhimbje maksimale)?*

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Wo haben Sie Schmerzen?

(Bitte einzeichnen mit x)

*Ku i keni dhimbjet?*

*(Lutemi shënoni me x)*

Wo haben Sie Wunden?

(Bitte einzeichnen mit o)

*Ku keni plagë?*

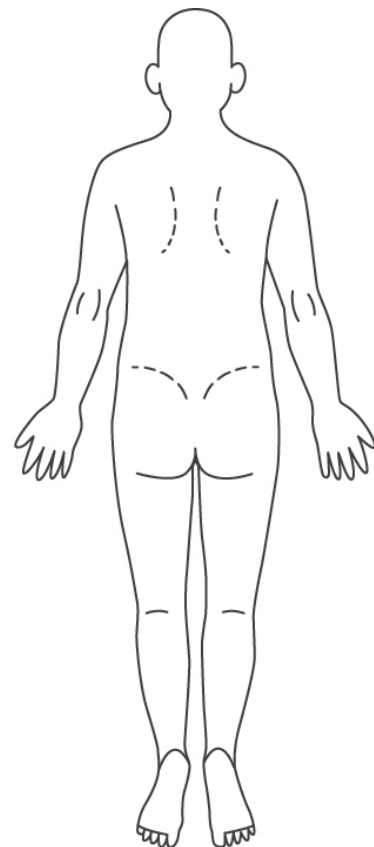
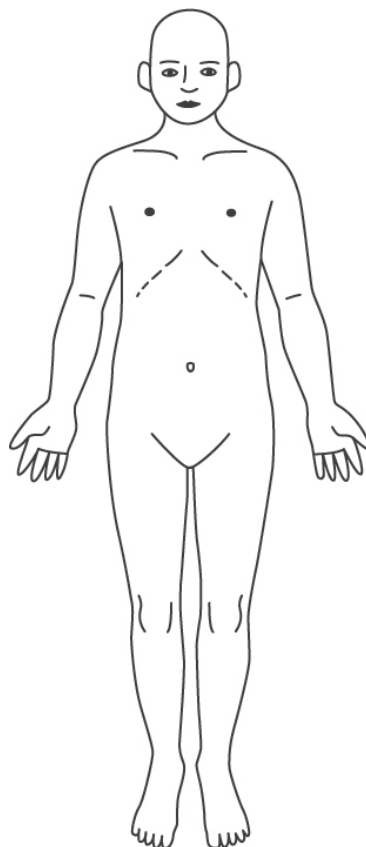
*(Lutemi shënoni me o)*

Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?

(Bitte einzeichnen mit #)

*Ku i keni anomalitë e lëkurës?*

*(Lutemi shënoni me #)*







# Kurzarztbrief

## Raport i shkurtër mjekësor

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---

# Kurzarztbrief

## Raport i shkurtër mjekësor

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---



# Kurzarztbrief

## Raport i shkurtër mjekësor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beigefügte Befunde: \_\_\_\_\_

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

# Kurzarztbrief

## Raport i shkurtër mjekësor

Datum:

---

Name der Patientin/des Patienten:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse des behandelnden Arztes:

---

---

---

Diagnose:

---

---

---

---

Therapie:

---

---

---

---

Weiteres Vorgehen:

---

---

---

---

Beigefügte Befunde:

---

---

---

---