

Pyetësor i Anamnezës – për të rriturit

(Ju lutem shënoni me kryq alternativën e saktë dhe dorëzojani mjekut!)

Të dhëna personale, duke përfshirë numrin e identifikimit ZAB:

Data:

Gjinia: mashkull femër Kombësia: Shtatëzani: në muajin e.....
 Individ familjar

-
- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | A jeni i/e sëmurë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 2. | Merrni mjekime? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 3. | A jeni i/e vaksinuar ndaj sëmundjeve? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 4. | E keni kryer testin e tuberkulinës në lëkurë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 5. | A keni / keni patur ndonjë sëmundje ngjithëse? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Tuberkuloz? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Hepatit? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | HIV? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Linë e dhenve? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Fruth? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Rubeolë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Lia (difteri)? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Sifiliz? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Sëmundje të tjera seksualisht të transmetueshme? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Tifo, paratifo? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Kolerë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 6. | A keni dhembje? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 7. | A keni ose keni patur gjatë gjashtë javëve të fundit temperaturë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 8. | Keni kollë të theksuar? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 9. | A keni të përziera, të vjella? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 10. | A keni dhembje barku ose diare? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 11. | A keni gjak në feçe? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 12. | Keni dhembje gjatë urinimit? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 13. | A keni ekzema në lëkurë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |

.....
Nënshkrimi

Shënime të mjekut:

.....
Nënshkrimi i mjekut

Pyetësor i Anamnezës – për fëmijët

(Ju lutem shënoni me kryq alternativën e saktë dhe dorëzojani mjekut!)

Personenangaben, einschließlich ZAB-Identifikationsnummer:

Data:

Gjinia: mashkull femër Kombësia: Mosha:

-
- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | A është i sëmurë fëmija juaj? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 2. | A merr ai/ajo mjekime? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 3. | A është i/e vaksinuar ndaj sëmundjeve? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 4. | A e ka kryer testin e tuberkulinës në lëkurë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 5. | A ka / ka patur fëmija ndonjë sëmundje ngjitëse? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Tuberkuloz? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Hepatit? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Linë e dhenve? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Shyta? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Fruth? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Rubeolë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| | Li (difteri)? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 6. | A ka dhembje fëmija juaj? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 7. | A ka temperaturë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 8. | A ka fëmija kollë të fuqishme? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 9. | A ka të përziera, të vjella? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 10. | A ka dhembje barku ose diare? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 11. | A ka ekzema në lëkurë? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |

.....
Nënshkrimi

Shënime të mjekut:

.....
Nënshkrimi i mjekut