

## Anamnez (Hastalık Geçmiş) Oluşturulmasına İlişkin Soru Formu - Yetişkinler için

(Lütfen uygun yanıtı işaretleyin ve doktora verin!)

Merkezi Yabancılar Dairesi (ZAB) Kimlik numarası dahil olmak üzere kişisel bilgiler:

Tarih: .....

Cinsiyeti: erkek   
Tek kişi

kadın   
Aile

Uyruğu: .....

Gebelik: ..... Ay

- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Hasta mısınız?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 2. İlaç alıyor musunuz?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 3. Hastalıklara karşı aşı oldunuz mu?                             | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 4. Size tüberküloza ilişkin bir cilt testi yapıldı mı?            | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 5. Bulaşıcı bir hastalığınız var mı veya daha önce geçirdiniz mi? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Verem (Tüberküloz)?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Hepatit?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Su çiçeği?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamık?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamıkçık?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Difteri?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Sifilis (Frengi)?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| diğer zührevi hastalıklar?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Tifo, Paratifo?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kolera?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 6. Ağrınız var mı?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 7. Ateşiniz var mı veya son 6 hafta içinde ateşiniz çıktı mı?     | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 8. Şiddetli öksürüğünüz var mı?                                   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 9. Mide bulantınız, kusma var mı?                                 | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 10. Karın ağrınız veya ishaliniz var mı?                          | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 11. Dışkıınızda kan var mı?                                       | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 12. İdrar yaparken ağrınız var mı?                                | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 13. Cilt döküntünüz var mı?                                       | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

.....  
İmza

Doktorun açıklaması:

.....  
Doktorun imzası

## Anamnez (Hastalık Geçmişi) Oluşturulmasına İlişkin Soru Formu - Çocuklar için

(Lütfen uygun yanıtı işaretleyin ve doktora verin!)

Merkezi Yabancılar Dairesi (ZAB) Kimlik numarası dahil olmak üzere kişisel bilgiler:

Tarih: .....

Cinsiyeti: erkek  kadın  Uyuşu: .....

Yaş: .....

- 
- |   |                               |                                |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Çocuğunuz hasta mı?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 2. Çocuğunuz ilaç alıyor mu?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 3. Çocuğunuzun hastalıklara karşı aşısı oldu mu?                        | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 4. Çocuğunuza tüberküloza ilişkin bir cilt testi yapıldı mı?            | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 5. Çocuğunuzun bulaşıcı bir hastalığı var mı veya daha önce geçirdi mi? | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Verem (Tüberküloz)?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Hepatit?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Su çiçeği?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kabakulak?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamık?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Kızamıkçık?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| Difteri?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 6. Çocuğunuzun ağrısı var mı?   | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 7. Çocuğunuzun ateşi var mı?  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 8. Çocuğunuzun şiddetli öksürüğü var mı?                                | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 9. Çocuğunuzun mide bulantısı, kusması var mı?                          | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 10. Çocuğunuzun karın ağrısı veya ishali var mı?                        | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |
| 11. Çocuğunuzun cilt döküntüsü var mı?                                  | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

Doktorun açıklaması:

.....  
İmza

.....  
Doktorun imzası