

پرسشنامه سلامتی
Gesundheitsfragebogen

نام فرزند:	_____	تاریخ تولد:	_____						
Kind		geb. am							
ملیت:	_____	محل تولد:	_____						
Nationalität		Geburtsort							
آدرس محل سکونت:	_____								
PLZ/Wohnort /Straße									
تلفن ثابت:	_____	تلفن همراه:	_____						
Tel. Nr.:		Handy Nr.:							
محل سکونت:	_____								
wohnhaft bei									
والدین:	<input type="checkbox"/>	پدر و مادر خوانده:	<input type="checkbox"/>	مادر:	<input type="checkbox"/>	پدر:	<input type="checkbox"/>	والدین رضاعی:	<input type="checkbox"/>
Eltern		Adoptiveltern		Mutter		Vater		Pflegeeltern	
پزشک خانواده / پزشک اطفال:	_____ / _____	Behandelnder Hausarzt /Kinderarzt							

۱. فرزند شما چند خواهر و برادر دارد:

1. Wie viele Geschwister hat Ihr Kind ?

_____ :Schwester خواهر
_____ :Brüder برادر

۲. تولد نوزاد:

2. Verlauf der Geburt

در هفته چندم بارداری نوزاد شما متولد شده است؟	_____	هفته چندم بارداری	_____		
In welcher Schwangerschaftswoche ist Ihr Kind geboren		Schwangerschaftswoche			
وزن نوزاد هنگام تولد:	_____ گرم	اندازه قد:	_____ سانتیمتر	اندازه دور سر:	_____ سانتیمتر
Geburtsgewicht		Körperlänge		Kopfumfang	
	g		cm		mc
Apgar-Werte امتیازات آپگار (امتیازات سلامتی به نوزاد شما که توسط ماما پس از زایمان در دقیقه ۱؛ ۵ و ۱۰ داده میشود): _____ / _____ / _____					

۳. در چند ماهگی فرزند شما قادر به:

3. Wann konnte Ihr Kind

_____ ماهگی

_____ Monate frei sitzen

_____ ماهگی

_____ Monate laufen

_____ ماهگی

_____ Monate erste Worte sprechen

۴. چه واکسنهایی را تا کنون و چند نوبت فرزند شما انجام داده است؟

4. Welche Impfungen hat Ihr Kind bislang wie oft erhalten?

تاریخ واکسیناسیون Datum der Impfungen					واکسن ضد: Impfung gegen
					Tetanus کزاز
					Diphtherie دیفتری
					Pertussis سیاه سرفه
					Polio („Kinderlähmung“) فلج اطفال
					Hepatitis B هپاتیت ب
					HiB هیب (آنفلوانزا هموفیلی نوع ب)
					Pneumokokken ذات الریه
					Meningokokken C مننژینیت C
					Rotaviren روتا ویروس ها
					Masern سرخک
					Mumps/Röteln اوریون سرخچه
					Varizellen (Windpocken) آبله مرغان
					Influenza آنفلونزا
					ویروس پاپیلوما ای انسانی (فقط برای دختران) HPV (nur Mädchen)

۵. فرزند شما چه بیماریهای مشخصی دارد؟

5. Welche Erkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

Neurodermitis درماتیک عصبی Anfallsleiden (Epilepsie) بیماری صرع Fieberkrampf تب و تشنج

Asthma آسم Herzfehler نقص قلبی Tuberkulose سل Diabetes دیابت

نقص عضو مادرزادگی
angeborene Fehlbildungen

حوادث و یا سایر بیماری های سخت دیگر
Unfälle oder sonstige schwere Erkrankungen

۶. آیا فرزند شما به طور منظم دارو مصرف میکند؟

6. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

ja بله nein خیر

Medikamente angeben نام دارو را ذکر کنید

۷. آیا فرزند شما از وسایل طبی زیر استفاده میکند؟

7. Hat/nutzt Ihr Kind Hilfsmittel?

Orthesen اُرتیز Rollstuhl ویلچر Hörgeräte سمعک Brille عینک

و یا وسایل دیگری -
Sonstiges

۸. چه اقدامات درمانی انجام شده و یا قرار است انجام داده شود؟

8. Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt oder sind geplant?

Physiotherapie seit/ab _____ (ویا حرکت درمانی) تاریخ و از چه زمانی

Ergotherapie seit /ab _____ کار درمانی تاریخ و از

Sprachtherapie seit /ab _____ گفتار درمانی تاریخ و از چه زمانی

Sonstiges seit /ab _____ مواردی دیگر تاریخ و از چه زمانی

۹. بستریهای قبلی در بیمارستان

9. Bisherige Krankenhausaufenthalte:

Von/bis تاریخ بستری و مرخصی از بیمارستان

Grund علت آن

Krankenhaus/Klinik اسم بیمارستان

۱۰. چه عملهای جراحی فرزند شما داشته و یا اینکه قرار است انجام داده بشود؟

10. Welche Operationen wurden bei Ihrem Kind durchgeführt oder sind geplant?

Adenotomie wann? _____ عمل پولیپ و تاریخ عمل

Tonsillektomie wann? _____ عمل لوزه و تاریخ عمل

Paukendrainage wann? _____ عمل گوش و تاریخ عمل

Sonstiges wann? _____ موارد دیگر و تاریخ

این فرم توسط _____ این فرمبند تکمیل شده است.

در تاریخ _____ اینجانب _____ پر شده است
am von

برای ویزیت فرزند شما به مدارک زیر در صورت دسترسی نیازمندیم:

Für die Vorstellung Ihres Kindes benötigen wir (falls vorhanden) folgende Unterlagen:

کارت مراقبت کودک، دفترچه واکسن، و سایر مدارک (مدارک پزشکی، گزارشهای رشد و غیره)

Vorsorgeuntersuchungsheft, Impfpass und Berichte (Arztbriefe, Entwicklungsberichte, etc.)