



## Französisch/ Français

### 1. Allgemeiner Anamnesebogen & persönliche Angaben

#### - Anamnèse générale et données personnelles

#### DEUTSCH

#### FRANÇAIS

Vorname	<i>prénom :</i>
Nachname	<i>nom :</i>
<i>Geschlecht</i>	<i>Sexe</i>
-weiblich	<i>Féminin</i> <input type="checkbox"/>
-männlich	<i>Masculin</i> <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	<i>Taille en centimètre:</i>
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	<i>Poids en kilogram</i>
	kg

#### SEIT WANN SIND SIE IN DEUTSCHLAND?

#### DEPUIS QUAND ÊTES-VOUS EN ALLEMAGNE?

<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 jour</i>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>2 à 6 jours</i>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Plus d'une semaine</i>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 mois</i>

#### Auf welchem Weg sind Sie nach Deutschland gekommen?

#### Par quel chemin êtes-vous arrivé(e) en Allemagne ?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

*Veillez cocher la case correspondante.*

<input type="checkbox"/> östliche Landroute	<i>Route terrestre orientale</i>
<input type="checkbox"/> westliche Balkanroute	<i>Itinéraire par les Balkans, occidentale</i>
<input type="checkbox"/> Mittelmeer-Route	<i>Itinéraire de la méditerranée</i>
<input type="checkbox"/> Apulien/Kalabrien	<i>Pouilles/Calabre</i>
<input type="checkbox"/> westafrikanische Route	<i>Itinéraire ouest-africain</i>



**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE.**

	Ja/ oui	Nein/ non
Angehöriger oder Ansprechpartner Membre de la famille ou personne à contacter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? → S. BOGEN 11 Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. Si vous prenez des médicaments, veuillez s'il vous plaît montrer leurs emballages au médecin, si possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. <i>Je me sens triste/ je suis anxieuse/ j'ai peur.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Panikattacken. <i>J'ai eu une crise de panique.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aktuelle Beschwerden (nur Zutreffendes ankreuzen):</b>	<b>Soucis de santé actuelles (cochez seulement ce qui vous concerne):</b>	
<input type="checkbox"/> Vorerkrankungen → S. BOGEN 2	Antécédents médicaux	
<input type="checkbox"/> Schmerzen → S. BOGEN 3	Douleurs	
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden → S. BOGEN 4	Problèmes respiratoires	
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme → S. BOGEN 5	Problèmes de digestion	
<input type="checkbox"/> erhöhte Körpertemperatur/Fieber → S. BOGEN 6	Température élevée/Fièvre	
<input type="checkbox"/> Schwindel/Ohnmacht → S. BOGEN 7	Vertiges/Evanouissement	
<input type="checkbox"/> Schwäche/Abgeschlagenheit → S. BOGEN 8	Faiblesse/Epuisement	



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausschlag/Juckreiz/Rötung → S.<br>BOGEN 9      | Eruption cutanée/Démangeaison/Rougeur   |
| <input type="checkbox"/> Lähmung/Taubheit/Kribbeln → S.<br>BOGEN 10     | Paralysie/Surdité/Picotement            |
| <input type="checkbox"/> Störung der Sinneswahrnehmung → S.<br>BOGEN 10 | Troubles dans la perception sensorielle |
| <input type="checkbox"/> gynäkologische Beschwerden → S.<br>BOGEN 11    | Problèmes gynécologiques                |
| <input type="checkbox"/> Schwellung → S. BOGEN 12                       | Gonflement                              |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten                              | Maladies infantiles                     |