

ANNEXE

ANAMNESIS SHEET

(stamp/Stempel)

HB No.

Name of detainee/Name des Angehaltenen

Detainee's date of birth/Geburtsdatum des Angehaltenen

Date/Datum

In order to guarantee a possibly required medical treatment you are asked to answer the following questions.

Um die Möglichkeit einer eventuell erforderlichen medizinischen Behandlung zu gewährleisten, werden Sie ersucht, nachstehende Fragen zu beantworten.

Please mark with a cross the appropriate box:

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an:

1. Do you suffer from a chronic disease?

YES NO

If so, from which one?

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

Wenn ja, an welcher?

2. Do you have currently health complaints or sicknesses?

YES NO

If so, which ones?

Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden oder Krankheiten?

Wenn ja, welche?

3. Do you suffer from a severe allergy?

YES NO

If so, against which one?

Leiden Sie an einer schweren Allergie?

Wenn ja, wogegen?

4. Do you take regularly any medicine?

YES NO

If so, which one(s)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

5. Did you take any medicine during the last days?

YES NO

If so, which one(s)?

Haben Sie in den letzten Tagen Medikamente eingenommen?

Wenn ja, welche?

Name: _____

HB No. _____

6. Do you suffer from an allergy against any medicine? YES NO
Leiden Sie an Allergie gegen Medikamente?

7. Do you have a vaccination card? YES NO
Haben Sie einen Impfpaß?

8. Have you been treated during the past 5 years for a longer period in a hospital? If so, where and for which reason? YES NO
Waren Sie in den letzten 5 Jahren für längere Zeit im Krankenhaus? Wenn ja, in welchem und weshalb?

9. Have you undergone severe operation(s)? If so, which one(s)? YES NO
Hatten Sie größere Operationen? Wenn ja, welche?

10. Do you suffer from diabetes? YES NO
If so, how it is treated?
*Leiden Sie an Zuckerkrankheit?
Wenn ja, welche Behandlung haben Sie?*

11. Do you suffer from a chronic heart disease? YES NO
If so, which medicine do you take regularly?
*Leiden Sie an einer chronischen Herzkrankheit?
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?*

12. Do you suffer from asthma? YES NO
If so, which medicine do you take regularly?
*Leiden Sie an einem Lungenasthma?
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?*

Name: _____

HB No. _____

13. Do you suffer from tuberculosis? YES NO
If so, which medicine do you/did you take regularly?
Leiden/Litten Sie an Tuberkulose?
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

14. Do you suffer currently from diarrhoea or vomiting? YES NO
If so, from which one?
Leiden Sie derzeit an einer Durchfallerkrankung oder Erbrechen? Wenn ja, welche?

15. Do you suffer from epilepsy (in form of epileptic attacks)? YES NO
Leiden Sie an Epilepsie (Anfallsleiden)?

16. Do you suffer from mental anomalies? YES NO
Leiden Sie an psychischen Störungen?

17. Have you undergone psychological treatment, YES NO
at any time or now?
Waren Sie jemals oder zuletzt in psychiatrischer Behandlung?

18. Do you suffer from depressions? YES NO
Leiden Sie unter Depressionen?

19. Are you sometimes in a state of panic? YES NO
Haben Sie Angstzustände?

20. Have you ever tried to commit suicide? YES NO
Haben Sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen?

21. Do you have currently thoughts of committing suicide YES NO
Haben Sie derzeit Selbstmordgedanken?

22. Do you have concentration and memory disturbances? YES NO
Haben Sie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen?

Name: _____

HB No. _____

23. Do you suffer from sleep disturbances and nightmare?
Leiden Sie an Schlafstörungen und Alpträumen?

YES NO

24. Have you ever been in jail?
If so, when and for how long?
*Waren Sie im Gefängnis?
Wenn ja, wann und wie lange?*

YES NO

25. Have you been maltreated?
If so, where?
*Sind Sie mißhandelt worden?
Wenn ja, wo?*

YES NO

26. Did you stay in a war area or in a region, where fights had occurred?
*Haben Sie sich in einem Kriegsgebiet oder in einem Gebiet,
wo gekämpft wurde, aufgehalten?*

YES NO

27. Are you addicted to drugs resp. alcohol?
If so, which drugs did you regularly consume last time?
*Sind Sie drogen- bzw. Alkoholabhängig?
Wenn ja, welche Drogen haben Sie in letzter Zeit regelmäßig benützt?*

YES NO

28. For **WOMEN**: are you currently pregnant?
*Für **FRAUEN**: sind Sie derzeit schwanger?*

YES NO

Date/Datum

Signature of detainee/*Unterschrift des Angehaltenen*