

Gesundheitsheft für geflüchtete Kinder und Jugendliche

دفتر الصحة للاجئين الأطفال
والشباب

Name, Vorname | الأسم الأول، اللقب

Geburtsdatum | تاريخ الميلاد

Die Gesundheit und das Wohlergehen geflüchteter Kinder und Jugendlicher stehen unter besonderem Schutz. Dies ist sowohl in der UN-Kinderrechtskonvention als auch in der europäischen Aufnahmeleitlinie für Flüchtlinge gesetzlich verankert. Nach dem in Deutschland geltenden Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylG) haben geflüchtete Kinder und Jugendliche Anspruch auf alle notwendigen Leistungen der medizinischen Versorgung.

Das vorliegende Gesundheitsheft für geflüchtete Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr soll zusammen mit dem gelben Vorsorgeheft diesen besonderen Schutz auch über das fünfte Lebensjahr hinaus gewährleisten. Alle für die Gesundheit wichtigen Daten und medizinische Befunde werden hier übersichtlich dokumentiert und auf wenigen Seiten zusammengefasst. Dies ist sowohl für die Kinder und Jugendlichen selbst, für ihre Eltern oder Betreuungspersonen und auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtig. Alle relevanten Informationen stehen damit für die gesundheitliche Beurteilung zur Verfügung und können in die weitere medizinische Behandlung einfließen.

Das Gesundheitsheft wird im Zuge der im Asylverfahren gesetzlich verpflichtenden Erstuntersuchung für das betroffene Kind oder den Jugendlichen ausgefüllt und den Eltern oder der Betreuungsperson ausgehändigt. Es sollte zusammen mit der elektronischen Gesundheitskarte, dem gelben Vorsorgeheft und dem internationalen Impfausweis (Impfbuch) stets sorgfältig aufbewahrt und zu allen Arzt- und Krankenhausbesuchen mitgebracht werden.

إن صحة ورفاهية اللاجئين الأطفال والشباب تخضع لحماية خاصة. وهذا الأمر منصوص عليه قانونًا في كل من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل وتوجيه استضافة اللاجئين الأوروبي. بموجب قانون خدمات طالبي اللجوء المعمول به في ألمانيا (البند ٤ من قانون AsylG)، يحق للاجئين الأطفال والشباب الحصول على جميع الخدمات الضرورية للرعاية الطبية.

هذه الكراسة الصحية للاجئين الأطفال والشباب حتى سن ١٨ عامًا بالإضافة إلى دفتر الرعاية الأصغر يضمنان هذه الحماية الخاصة حتى بعد سن الخامسة. جميع البيانات الصحية المهمة والنتائج الطبية موثقة بشكل واضح هنا وملخصة في بضع صفحات. وهي مهمة لكل من الأطفال والشباب والديهم وللمقدمي الرعاية لهم وللأطباء المعالجين. وبالتالي فإن جميع المعلومات المهمة ذات الصلة متاحة للتقييم الطبي ويمكن إدراجها في العلاج الطبي الإضافي.

تتم تعبئة الكراسة الصحية في سياق الفحص الأولي الإلزامي خلال إجراءات اللجوء للطفل أو الشاب المعني وتسليمها إلى الوالدين أو إلى مقدمي الرعاية. ينبغي حفظها دائمًا جنبًا إلى جنب مع البطاقة الصحية الإلكترونية ودفتر الرعاية الأصغر وبطاقة التطعيم الدولية (كتيب التطعيمات) وإحضارها إلى جميع زيارات الطبيب والمستشفى.

1. Personendaten | البيانات الشخصية

1.1. Name, Vorname

الاسم الأول، اللقب

1.2. Geburtsdatum, Herkunftsland

تاريخ الميلاد، وبلد الموطن الأصلي

1.3. Adresse, Telefonnummer (siehe auch Punkt 8.)

العنوان، رقم الجوال (انظر أيضا النقطة ٨)

1.4. Sprachkenntnisse

معرفة لغوية

1.5. Kontaktdaten Sprachmittler/in

عنوان الاتصال مع مترجم أو مترجمة

1.6. Kindergarten/Schule (siehe auch Punkt 9.)

روضة الأطفال / المدرسة (انظر أيضا النقطة ٩)

1.7. in Berlin seit

في برلين منذ تاريخ

unbegleitet

من دون مرافق

ja
نعم

nein
لا

1.8. Kontaktdaten Verwandte, Betreuer/in, Vormund/in

عنوان أقارب في ألمانيا، الراعي أو الراعية، الوصي

1.9. Geburtsdatum der Eltern oder des Haushaltsvorstandes

تاريخ ميلاد الآباء أو القائم بالرعاية العائلية

1.10. Krankenversicherung, Versichertennummer

التأمين الصحي، رقم التأمين الصحي

2. Basisdatenerhebung | كشف البيانات الأساسية

2.1. Erstuntersuchung nach § 62 AsylG

الفحص الأول طبقاً للمادة ٦٢ من قانون اللجوء

auffällig
غير طبيعي

unauffällig
طبيعي

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

2.2. Körperliche Untersuchung

فحص الجسم

auffällig
غير طبيعي

unauffällig
طبيعي

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

2.3. Röntgen Thorax (ab 15. Geburtstag)

فحص أشعة إكس للصدر (ابتداءً من سن ١٥ سنة)

auffällig
غير طبيعي

unauffällig
طبيعي

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

2.4. Laborbefunde (siehe auch Punkt 4.4)

نتيجة التحليل المعمل (أنظر أيضا النقطة ٤,٤)

auffällig
غير طبيعي

unauffällig
طبيعي

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

2.5. Impfbuch

كتب التطعيمات

vorhanden
موجود

angelegt
أضاف

Datum | التاريخ

Stempel | الختم

2.6. Gelbes Vorsorgeheft

الكراسة الصفراء الخاصة بالوقاية

vorhanden
موجود

angelegt
أضاف

2.7. Schulärztliche Untersuchung

فحص طبيبة أو طبيب المدرسة

Datum | التاريخ

Stempel KJGD | ختم الخدمة الصحية للأطفال والشباب

2.8. Erläuterungen und evtl. weitere Diagnostik (z. B. MRT, CT, EEG, Hüftsono)

توضيحات أو تشخيصات أخرى (مثل كشف أشعات على أورام، تخطيط أمواج الدماغ، الأشعة فوق الصوتية للحوض)

3. Anamnese | السيرة المرضية

3.1. Familienanamnese (HIV, TBC, Hepatitis, Konsanguinität, Sonstiges)

السيرة المرضية للعائلة (فيروس نقص المناعة، مرض السل، التهاب الكبد الوبائي، قرابة الدم، أمراض أخرى)

3.2. Komplikationen bei Schwangerschaft/Geburt

مضاعفات في الحمل / الولادة

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.3. Krankenhausaufenthalte/OP/Unfälle

علاج في مستشفى / عملية جراحية / حوادث

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.4. Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv)

نمو غير طبيعي (الحركة، اللغة، الفهم والاستيعاب)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.5. Behinderungen/Fehlbildungen

عاقات / تشوهات

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.6. Chronische Erkrankungen (z. B. Krampfanfälle, Asthma, Diabetes, Herzfehler)

أمراض مزمنة (مثل الصرع، مرض الربو، السكري، مرض قلبي خلقي)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.7. Schwere Infektionskrankheiten/rezidivierendes Fieber

الشديدة / الحمى النكسية الأمراض المعدية

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.8. Allergien/Unverträglichkeiten (z. B. Favismus)

الحساسية / عدم التحمل (مثل أنيميا الفوال)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.9. Stuhlauffälligkeiten (z. B. Verstopfung, Durchfall, Würmer)

ظواهر تبرز غير معتادة (مثل إمساك، إسهال، ديدان)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.10. Chronische oder rezidivierende Schmerzen (z. B. Sichelzellkrise)

آلام مزمنة أو أوجاع نكسية (مثل فقر الدم المنجلي)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.11. Hinweise auf Traumatisierungen (z. B. Ängste, Schlafstörungen)

مؤشرات على وجود صدمة (مثل حالات خوف، قلق أثناء النوم)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.12. Regelmäßig einzunehmende Medikamente (bitte unten eintragen)

تعاطي أدوية بانتظام (أذكر الأدوية أسفله)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.13. Brille/Hörgeräte/Orthesen/andere Hilfsmittel (bitte unten eintragen)

استعمل نظارة / سماعة أذن / أو وسائل أصطناعية أخرى (أذكرها أسفله)

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.14. Alkohol/Rauchen/Drogen

مخدرات / التدخين / الكحوليات

<input type="checkbox"/> ja نعم	<input type="checkbox"/> nein لا
------------------------------------	-------------------------------------

3.15. Ergänzungen zur Anamnese

إضافات إلى سيرة المرض

4. Diagnostik/Labor | التشخيص / نتائج التحليل المعملية

4.1. Hörtest

اختبار السمع

 auffällig
غير طبيعي unauffällig
طبيعي Fachärztin/-arzt empfohlen
اخصائي طبي أوصى

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

4.2. Sehtest

اختبار الرؤية

 auffällig
غير طبيعي unauffällig
طبيعي Fachärztin/-arzt empfohlen
اخصائي طبي أوصى

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

4.3. Zahnstatus

حالة الأسنان

 auffällig
غير طبيعي unauffällig
طبيعي Fachärztin/-arzt empfohlen
اخصائي طبي أوصى

Datum | التاريخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | توقيع الطبيب أو الطبيبة

Stempel Zahnärztin/-arzt | ختم الطبيب المعالج

4.4. Laborbefunde (Bitte kennzeichnen, wenn erfolgt)

يرجى بيان اذا كان هناك نتائج التحليل المعملية

1. Basislabor

- Blutbild, BSG, GPT, LDH, GGT, AP, Krea
 Urinstatus

2. Serologie

- Masern Röteln Varizellen HIV 1/2
 HAV Anti-HBc Hbs-Ag HCV
 TPHA Schistosomen-Ag und -Ak

3. Tuberkulose-Diagnostik (Röntgen siehe Seite 4)

- IGRA und/oder RT23-Tuberkulintest

4. Stuhl auf pathogene Keime und Parasiten

(z. B. Amöben, Lamblien, Wurmeier)

5. Weitere

(z. B. Malaria, HB-Elektrophorese, G6P-Dehydrogenase, Neugeborenen-Screening, Schwangerschaftstest)

Auffällige Befunde | نتائج تشخيصات

 ja
نعم nein
لا

Datum | التاريخ

Stempel | توقيع

4.5. Ergänzungen

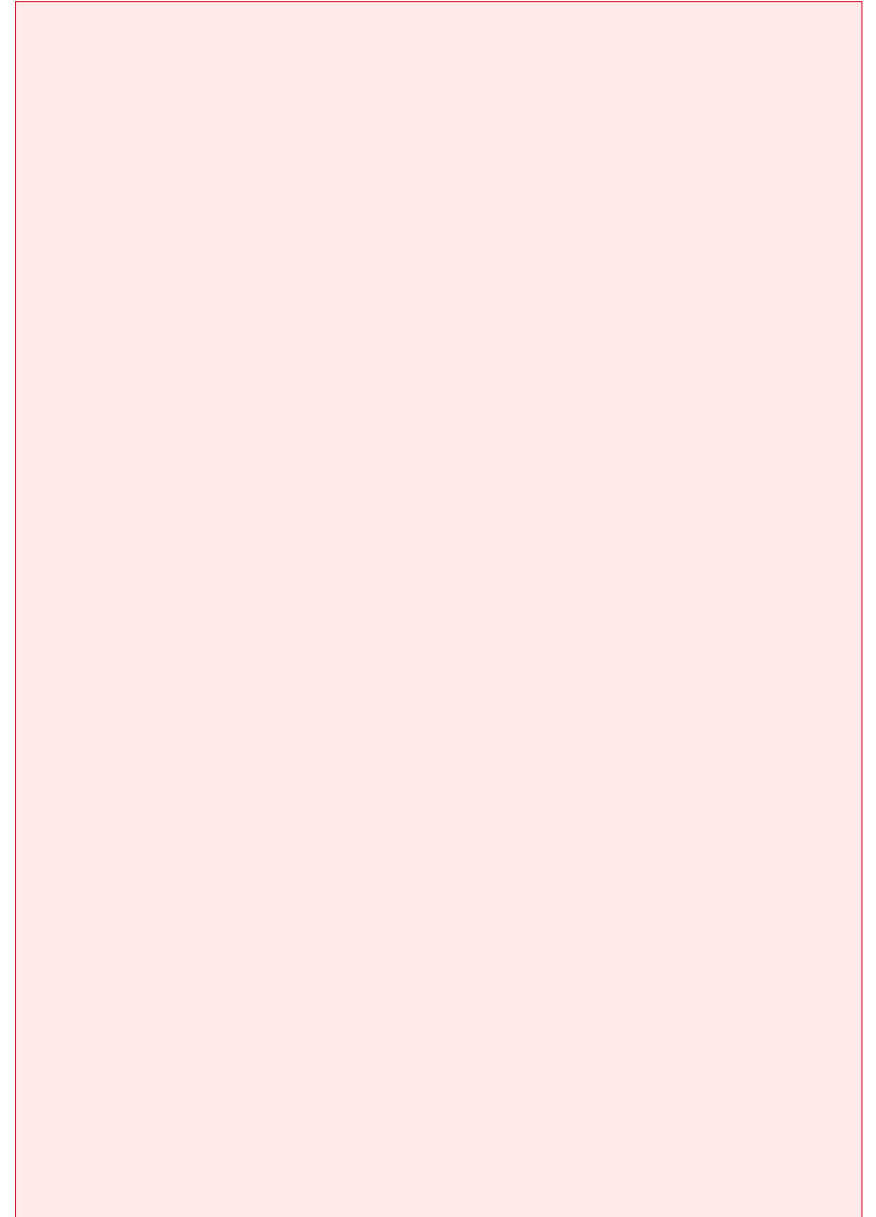
تكملات

5. Hauptdiagnose | تشخيص أساسي

A large, empty rectangular box with a light pink background and a thin red border, intended for the main diagnosis.

6. Weiterführende Maßnahmen/Empfehlungen

علاجات تالية / توجيهات

A large, empty rectangular box with a light pink background and a thin red border, intended for further measures or recommendations.

7. Körpermaße/Verlaufsbefunde |

قياسات الجسم / نتائج جارية

Datum تاريخ	Größe (cm) الطول (سم)	Gewicht (kg) الوزن (كيلوغرام)	Blutdruck (mmHg) الدم ضغط (مليمتر زئبق)		Diagnose/Befunde تشخيص / نتائج الفحص	Stempel ختم

8. Unterbringung | السكن

Adresse/Wohnung (Träger)
العنوان / إسم السكن (صاحبه)

9. Betreuung | الرعاية

Kindergarten/Schule
روضة أطفال / مدرسة

10. Behandelnde Ärztinnen/Ärzte

الطبيبات والأطباء المعالجين

Bitte beachten Sie:

Dieses Gesundheitsheft gehört Ihnen. Bitte legen Sie es zusammen mit dem Impfbuch Ihren behandelnden Ärztinnen/Ärzten vor. Durch Impfungen schützen Sie Ihre Kinder und Menschen in Ihrer Umgebung. Bitte denken Sie auch an Auffrischungsimpfungen.

تفضلوا بالاهتمام بالآتي:
هذا الدفتر الصحي سيبقى في حوزتكم . قدموه سويا مع كتيب التطعيمات إلى الطبيبة أو الطبيب المعالج.
عن طريق التطعيم تحمي أبناءكم والناس المحيطين بكم. كذلك يجب الاهتمام بإعادات التطعيمات الواجبة.

Landesamt
für Flüchtlingsangelegenheiten



Herausgeber:

Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Darwinstraße 14-18, 10589 Berlin
Telefon: 030 90225 - 2008
E-Mail: Pressestelle@LAF.Berlin.de

Redaktion:

Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten
Referat Medizinische Versorgung

Das Gesundheitsheft für geflüchtete Kinder und Jugendliche liegt in verschiedenen Sprachen vor.

Alle Fassungen stehen als Download zur Verfügung unter:
www.berlin.de/laf/leistungen/gesundheit

Layout:

planet spring
Studio für Kommunikation
www.planet-spring.com

Druck:

Union Sozialer Einrichtungen gemeinnützige GmbH
www.u-s-e.org

Berlin, November 2018