

Gesundheitsheft für geflüchtete Kinder und Jugendliche

دفترچه سلامت برای کودکان
و جوانان پناهنده

Name, Vorname | نام خانوادگی، نام

Geburtsdatum | تاریخ تولد

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 Aufnahmerichtlinie 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.

سلامت و رفاه کودکان و نوجوانان پناهنده تحت حفاظت ویژه قرار دارد. این امر هم در کنوانسیون حقوق کودکان سازمان ملل متحد و هم به صورت قانونی در دستورالعمل اروپایی پذیرش پناهنده ذکر شده است. براساس قانون بهره‌مندی از مزایای پناهنده‌گری در آلمان (اصل ۴ قانون پناهنده‌گری) کودکان و نوجوانان پناهنده از حق خدمات لازم برای مراقبت‌های پزشکی برخوردار هستند.

قرار است که دفترچه سلامت حاضر - ویژه کودکان و نوجوانان پناهنده تا ۱۸ سال - به همراه دفترچه مراقبت زردرنگ، این حفاظت ویژه را تضمین کند. همه داده‌ها و نتایج پزشکی مهم به صورت مشخص در این دفترچه مستند و در قالب چند صفحه خلاصه می‌شود. این دفترچه برای خود کودکان و نوجوانان، والدین یا مسئولان مراقبت از کودکان و همچنین برای پزشکان درمانگر مهم است. از این طریق همه اطلاعات مهم برای ارزیابی سلامت در دسترس قرار می‌گیرد و در درمان‌های بعدی پزشکی در نظر گرفته می‌شود.

دفترچه سلامت به هدف نخستین معاینه قانونی و اجباری فرایند پناهنده‌گری، برای کودک یا نوجوان مربوطه پر می‌شود و در اختیار والدین یا مسئولان مراقبت از کودکان و نوجوانان قرار می‌گیرد. باید از این دفترچه و کارت سلامت الکترونیک، دفترچه مراقبت زردرنگ و کارت واکسیناسیون بین‌المللی (دفترچه واکسن) به دقت نگهداری کنید و همیشه هنگام مراجعه به پزشک یا بیمارستان آن را همراه داشته باشید.

1. Personendaten | اطلاعات اشخاص

1.1. Name, Vorname

نام خانوادگی، نام

1.2. Geburtsdatum, Herkunftsland

تاریخ تولد، کشور زادگاه

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

آدرس، شماره تلفن (به نکته شماره ۸ نیز رجوع شود)

1.4. Sprachkenntnisse

دانش زبانی

1.5. Kontaktdaten Sprachmittler/in

اطلاعات تماس مترجم

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

مهدکودک/مدرسه (به شماره ۹ نیز رجوع شود)

1.7. in Berlin seit

در برلین از تاریخ

unbegleitet

بدون همراه

ja
بله

nein
خیر

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

اطلاعات تماس خویشاوندان، سرپرست، قیم

1.9. Geburtsdatum der Eltern oder des Haushaltsvorstandes

تاریخ تولد والدین یا رئیس امور منزل

1.10. Krankenversicherung, Versichertennummer

بیمه درمانی، شماره بیمه

2. Basisdatenerhebung | جمع‌آوری اطلاعات اولیه

2.1. Erstuntersuchung nach § 62 AsylG

معاینه اولیه طبق ماده ۶۲ قانون پناهندگی

auffällig
مشکوک

unauffällig
عادی

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin /Arzt | امضاء پزشک

2.2. Körperliche Untersuchung

معاینه بدنی

auffällig
مشکوک

unauffällig
عادی

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin /Arzt | امضاء پزشک

2.3. Röntgen Thorax (ab 15. Geburtstag)

پرتو رُنتگن از قفسه سینه (از ۱۵ سالگی به بعد)

auffällig
مشکوک

unauffällig
عادی

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin /Arzt | امضاء پزشک

2.4. Laborbefunde (siehe auch Punkt 4.4)

تشخیص‌های آزمایشگاهی

auffällig
مشکوک

unauffällig
عادی

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin /Arzt | امضاء پزشک

2.5. Impfbuch

کارت واکسیناسیون

vorhanden
موجود

angelegt
ضمیمه

Datum | تاریخ

Stempel | مُهر

2.6. Gelbes Vorsorgeheft

دفترچه زرد رنگ پیشگیری

vorhanden
موجود

angelegt
ضمیمه

2.7. Schulärztliche Untersuchung

معاینه پزشکی در مدرسه

Datum | تاریخ

Stempel KJGD | مُهر مرکز خدمات سلامت برای کودکان و جوانان

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

شرح و در موارد لزوم، سایر تشخیص‌های مرتبط با بیماری (برای مثال ام‌آر‌آی سی‌تی‌اسکن، نوار مغزی، سونوگرافی مفصل لگن هیپ)

3. Anamnese | سابقه بیمار

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

سابقه خانوادگی (ایدز، مرض سل، هپاتیت، روابط ژنتیکی میان بستگان، سایر موارد)

3.2. Komplikationen bei Schwangerschaft/Geburt

دشواری به هنگام حاملگی/تولد

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.3. Krankenhausaufenthalte/OP/Unfälle

بیمارستان/عمل جراحی/حوادث

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.4. Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv)

اختلالات رشدی (از لحاظ حرکتی، از لحاظ زبانی، از لحاظ شناختی)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.5. Behinderungen/Fehlbildungen

معلولیت‌ها/نقص عضوها

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

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

بیماری‌های مزمن (برای مثال تشنج، آسم، دیابت، نارسایی قلبی)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.7. Schwere Infektionskrankheiten/rezidivierendes Fieber

بیماری‌های سخت عفونی/تب مکرر

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

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

حساسیت‌ها/ناسازگاری‌ها (برای مثال فاویسم)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

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

اختلالات مدفوع (برای مثال یبوست، اسهال، انگل)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

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

دردهای مزمن یا مکرر (برای مثال بیماری سلول داسی)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

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

شواهدی مبنی بر آسیب‌پذیری در اثر تراوما (برای مثال ترسها، اختلالات خواب)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.12. Regelmäßig einzunehmende Medikamente (bitte unten eintragen)

داروهایی که باید مرتب مصرف شوند (لطفاً نام آنها در زیر ذکر شود)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

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

عینک/سمعک/آتل/سایر وسایل کمکی (لطفاً نام آنها در زیر ذکر شود)

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.14. Alkohol/Rauchen/Drogen

الکل/دخانیات/مواد مخدر

<input type="checkbox"/> ja بله	<input type="checkbox"/> nein خیر
------------------------------------	--------------------------------------

3.15. Ergänzungen zur Anamnese

موارد تکمیلی در زمینه سابقه بیماری شخصی

4. Diagnostik/Labor | تشخیص بیماری / آزمایشگاه

4.1. Hörtest

تست شنیداری

 auffällig
مشکوک unauffällig
عادی Fachärztin/-arzt empfohlen
متخصص توصیه می‌شود

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | امضاء پزشک

4.2. Sehtest

تست بینایی

 auffällig
مشکوک unauffällig
عادی Fachärztin/-arzt empfohlen
متخصص توصیه می‌شود

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | امضاء پزشک

4.3. Zahnstatus

وضعیت دندانی

 auffällig
مشکوک unauffällig
عادی Fachärztin/-arzt empfohlen
متخصص توصیه می‌شود

Datum | تاریخ

Unterschrift Ärztin/Arzt | امضاء پزشک

Stempel Zahnärztin/-arzt | مهر دندانپزشک معالج

4.4. Laborbefunde (Bitte kennzeichnen, wenn erfolgt)

نتایج آزمایشات آزمایشگاه (لطفاً هنگامی که انجام می‌گردد، علامت‌گذاری شود)

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 | نتایج مشکوک آزمایشات

 ja
بله nein
خیر

Datum | تاریخ

Stempel | مهر

4.5. Ergänzungen

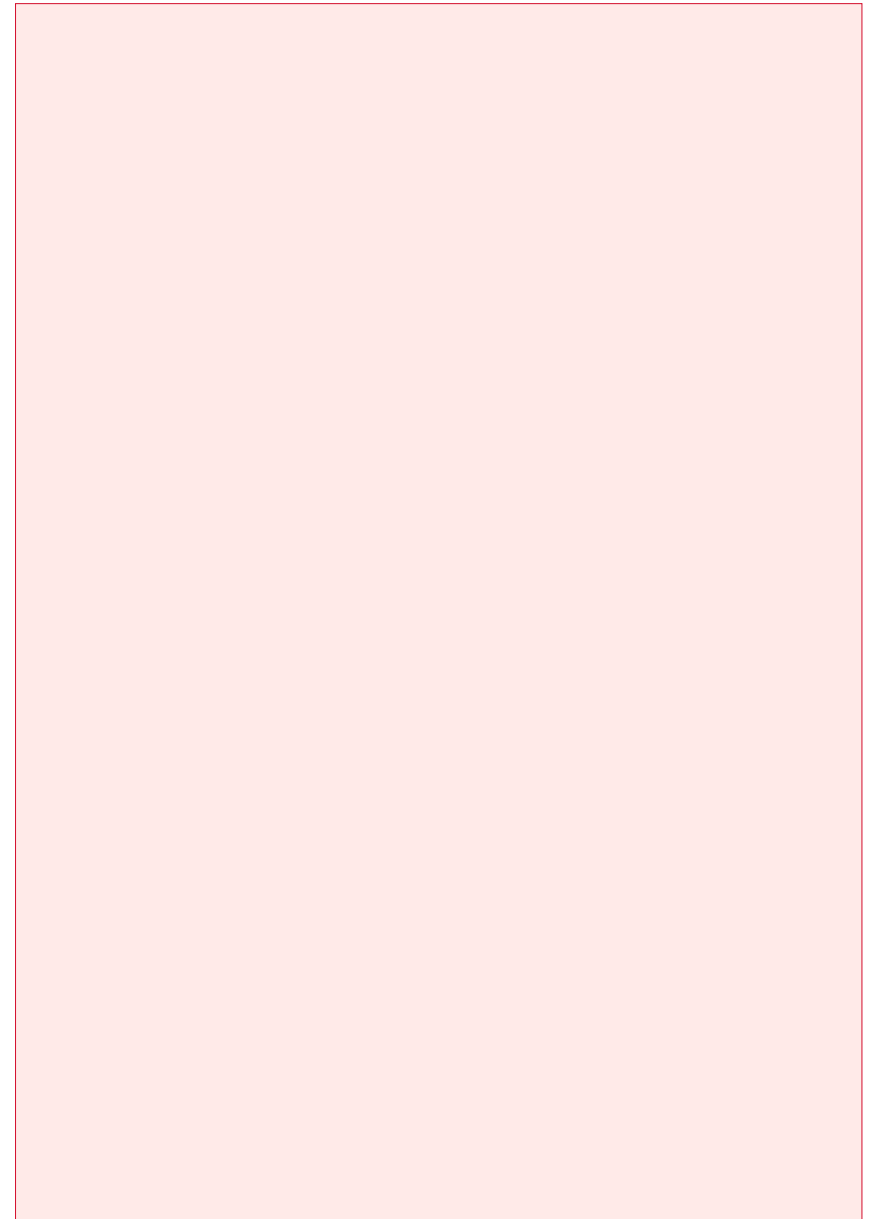
موارد تکمیلی

5. Hauptdiagnose | تشخیص اصلی



6. Weiterführende Maßnahmen/Empfehlungen

اقدامات بیشتر / توصیه‌ها



7. Körpermaße/Verlaufsbefunde |

توده بدنی/ تشخیص‌ها در طی روند

Datum تاریخ	Größe (cm) قد (سانتی‌متر)	Gewicht (kg) وزن (کیلوگرم)	Blutdruck (mmHg) فشار خون (فشار بر مبنای میلی‌متر جیوه)	Diagnose/Befunde تشخیص بیماری/ نتایج آزمایش	Stempel مهر

8. Unterbringung | محل اقامت

Adresse/Wohnung (Träger)

آدرس/ واحد اقامتی (مالک)

9. Betreuung | نگهداری

Kindergarten/Schule

مهدکودک/ مدرسه

10. Behandelnde Ärztinnen/Ärzte

پزشکان معالج

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.

لطفاً دقت بفرمایید:

این دفترچه سلامت متعلق به شما است. لطفاً آن را به همراه کارت واکسیناسیون به پزشکان معالج خود بدهید. از طریق واکسیناسیون، از کودکان خود و همچنین اطرافیان محافظت می‌کنید. لطفاً تجدید واکسیناسیون را هم در نظر داشته باشید.

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