

Gesundheitsheft für geflüchtete Kinder und Jugendliche

دفتر الصحة للاجئين الأطفال والشباب

Name, Vorname | الاسم الأول، اللقب

Geburtsdatum | تاريخ الميلاد

Grußwort



Liebe Eltern,
liebe Betreuerinnen und Betreuer,
sehr geehrte Damen und Herren,

das vorliegende Gesundheitsheft soll es Ihnen erleichtern, alle gesundheitsrelevanten Daten und medizinische Befunde geflüchteter Kinder und Jugendlicher übersichtlich zusammenzufassen.

Dadurch bekommt das medizinische Personal auf einen Blick alle wichtigen Informationen zum Gesundheitszustand des Kindes oder Jugendlichen. Alle bereits vorliegenden Untersuchungsergebnisse werden so festgehalten und fließen in die weitere Beurteilung und Behandlung ein.

Den Gesetzgebern ist es wichtig, die Gesundheit und das Wohlergehen geflüchteter Kinder und Jugendlicher besonders zu schützen. Dies ist sowohl in der UN-Kinderrechtskonvention als auch in der europäischen Aufnahmerichtlinie für Flüchtlinge festgehalten. Nach dem in Deutschland geltenden Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4) haben geflüchtete Kinder und Jugendliche Anspruch auf alle notwendigen Leistungen der medizinischen Versorgung. Diese umfassen, neben der ärztlichen Behandlung, auch die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen sowie die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Außerdem sieht § 6 Asylbewerberleistungsgesetz vor, dass weitere medizinische Leistungen gewährt werden können, die die besonderen Bedürfnisse von Kindern berücksichtigen.

Geflüchtete haben das Recht auf freie Arztwahl und können sich in Berlin mit der elektronischen Gesundheitskarte bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandeln lassen. Damit die Kinder und Jugendlichen die bestmögliche Behandlung erhalten, sollte dieses Gesundheitsheft zusammen mit der elektronischen Gesundheitskarte, dem gelben Vorsorgeheft und dem internationalen Impfausweis (Impfbuch) zu allen Arztbesuchen mitgebracht werden.

Mit besten Wünschen

A handwritten signature in black ink that reads "Claudia Langeheine". The signature is written in a cursive, flowing style.

Claudia Langeheine
Präsidentin des Landesamtes für Flüchtlingsangelegenheiten

كلمة تحية

الآباء الأعمام

الراعيات والراعون الأعمام

تحية طيبة أيها السيدات والسادة

سوف يسهل هذا الدفتر الخاص بالرعاية الصحية تلخيص البيانات الصحية الضرورية والتشخيصات الطبية للأطفال والشباب اللاجئين بطريقة واضحة. بواسطته سوف يحصل العاملون في مجال الصحة على فكرة عامة عن المعلومات الهامة التي تخص الطفل أو الشاب أو الشابة. تُجمع فيه جميع البيانات المتوفرة عن نتائج الفحوصات الطبية ، ثم يقدم إلى المختصين لمتابعة العلاج.

ويهم واضع القانون الحفاظ على صحة وسلامة الأطفال والشباب اللاجئين. وهذا من متطلبات معاهدة الأمم المتحدة الخاصة بحقوق الطفل ، كما أن هذا أيضا من التوجيهات الأوروبية الخاصة بكفالة اللاجئين. وطبقا للقانون الألماني الخاص بإعانة مقدمي اللجوء (مادة ٤ من القانون) فإنه من حق الأطفال والشباب الحصول على دعم كامل بالنسبة إلى الرعاية الطبية، وكذلك توجيهات الهيئة الدائمة بمعهد الخاصة بالتطعيمات ، كما يقرر ذلك الفحص الطبي (STIKO) Robert Koch-Institut روبرت كوخ الوقائي الساري. وعلاوة على ذلك فإن المادة ٦ من القانون الألماني لإعانة مقدمي اللجوء فهي ترى إمكانية تقديم العلاج الطبي للأطفال المحتاجين للرعاية.

ومن حق اللاجئين اختيار الطبيب الذي يقوم بعلاجهم ويمكنهم في برلين بواسطة البطاقة الصحية الإلكترونية الذهاب إلى الطبيبات والأطباء المعتمدين للعلاج. ولكي يتمكن الأطفال والشباب من الحصول على أحسن علاج فعليهم تقديم هذا الدفتر مع بطاقتهم الصحية الإلكترونية ، والكراسة الصفراء الخاصة بالوقاية الصحية وكذلك بطاقة التطعيم الدولية (كتيب التطعيمات) إلى الطبيبة أو الطبيب عند زيارتهم له.

مع أطيب تمنياتنا

كلوديا لانغهينه (Claudia Langeheine)

مديرة مصلحة الولاية لشؤون اللاجئين

1. Personendaten | البيانات الشخصية

1.1. Name, Vorname

الأسم 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 unbegleitet
في برلين منذ تاريخ 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 طبيعى

unauffällig
طبيعى

Datum | التاريخ

توقيع الطبيب أو الطبيبة | Unterschrift Ärztin/Arzt

2.2. Körperliche Untersuchung

فحص الجسم

auffällig
غير طبيعى

unauffällig
طبيعى

Datum | التاريخ

توقيع الطبيب أو الطبيبة | Unterschrift Ärztin/Arzt

2.3. Röntgen Thorax (ab 15. Geburtstag)

فحص أشعة إكس للصدر (ابتداءً من سن ١٥ سنة)

auffällig
غير طبيعى

unauffällig
طبيعى

Datum | التاريخ

توقيع الطبيب أو الطبيبة | Unterschrift Ärztin/Arzt

2.4. Laborbefunde (siehe auch Punkt 4.4)

نتيجة التحليل المعملى (أنظر أيضا النقطة ٤,٤)

auffällig
غير طبيعى

unauffällig
طبيعى

Datum | التاريخ

توقيع الطبيب أو الطبيبة | Unterschrift Ärztin/Arzt

2.5. Impfbuch

كتيب 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 طبية أو طبيب المدرسة

Datum | التاريخ

Stempel KJGD | خدم الخدمة الصحية للأطفال والشباب

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

توضيحات أو تشخيصات أخرى (مثل كشف أشعاع 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

ja

نعم

nein

لا

3.3. Krankenhausaufenthalte/OP/Unfälle

علاج في مستشفى / عملية جراحية / حوادث

ja

نعم

nein

لا

3.4. Entwicklungsauffälligkeiten (motorisch, sprachlich, kognitiv)

نمو غير طبيعي (الحركة، اللغة، الفهم والاستيعاب)

ja

نعم

nein

لا

3.5. Behinderungen/Fehlbildungen

عاقات / تشوهات

ja

نعم

nein

لا

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

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

ja

نعم

nein

لا

3.7. Schwere Infektionskrankheiten/rezidivierendes Fieber

الشديدة / الحمى النكسية الأمراض المعدية

ja

نعم

nein

لا

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

الحساسية / عدم التحمل (مثل أنيميا الفول)

ja

نعم

nein

لا

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

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

 ja
نعم nein
لا

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

آلام مزمنة أو أوجاع نكسية (مثل فقر الدم المنجلي)

 ja
نعم nein
لا

3.11. Hinweise auf Traumatisierungen und andere psychische Belastungen (z. B. Ängste, Schlafstörungen)

ملاحظات عن صدمات ومعاناة نفسية أخرى (مثل حالات خوف، قلق أثناء النوم)

 ja
نعم nein
لا

3.12. Regelmäßig einzunehmende Medikamente (bitte unten eintragen)

تعاطي أدوية بانتظام (أذكر الأدوية أسفله)

 ja
نعم nein
لا

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

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

 ja
نعم nein
لا

3.14. Alkohol/Rauchen/Drogen

مخدرات / التدخين / الكحوليات

 ja
نعم nein
لا

3.15. Ergänzungen zur Anamnese

إضافات إلى سيرة المرض

4. Diagnostik/Labor | نتائج التحليل المعملي / التشخيص

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 المعملي

1. Basislabor			
<input type="checkbox"/> Blutbild, BSG, GPT, LDH, GGT, AP, Krea			
<input type="checkbox"/> Urinstatus			
2. Serologie			
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Varizellen	<input type="checkbox"/> HIV 1/2
<input type="checkbox"/> HAV	<input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> Hbs-Ag	<input type="checkbox"/> HCV
<input type="checkbox"/> TPHA	<input type="checkbox"/> Schistosomen-Ag und -Ak		
3. Tuberkulose-Diagnostik (Röntgen siehe Seite 4)			
<input type="checkbox"/> IGRA	<input type="checkbox"/> 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)			

نتائج تشخيصات | Auffällige Befunde

 ja
نعم nein
لا

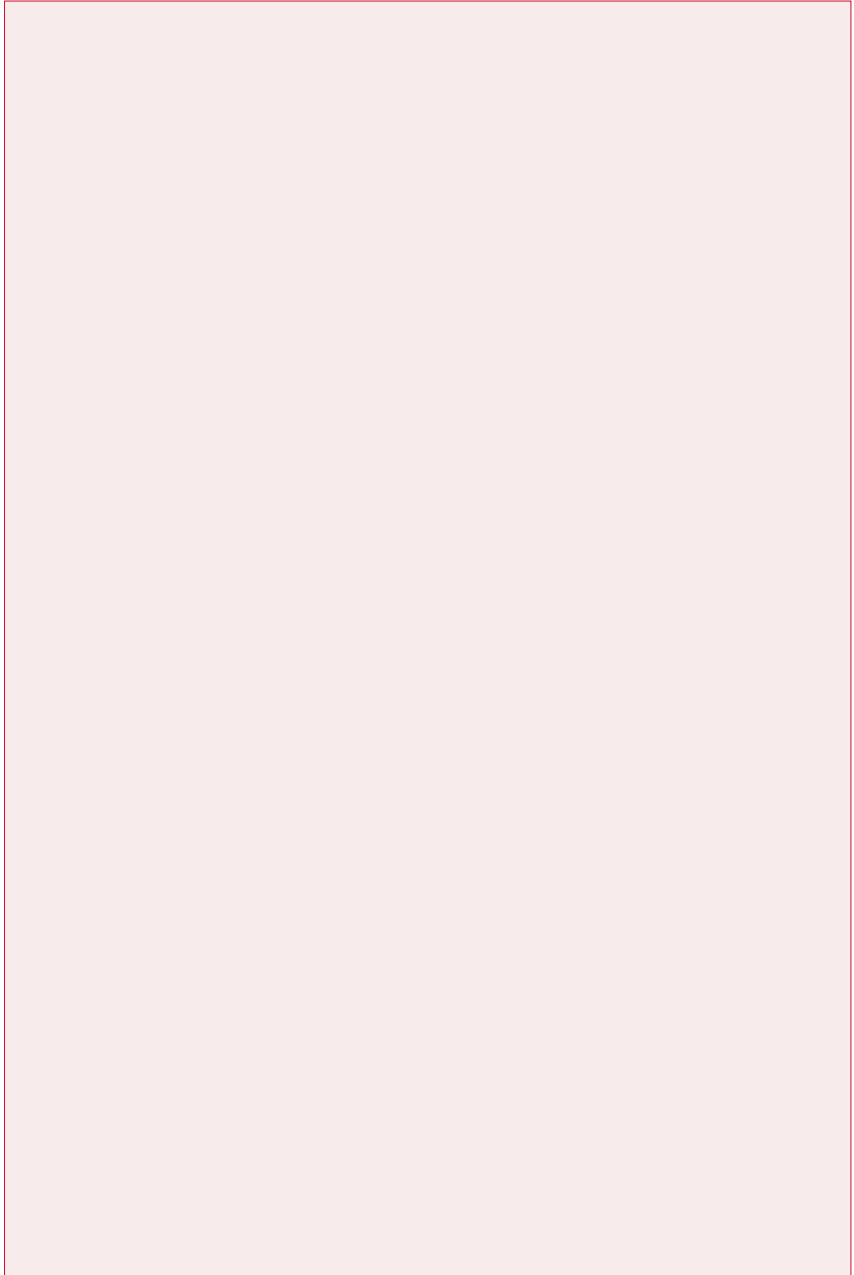
التاريخ | Datum

توقيع | Stempel

4.5. Ergänzungen

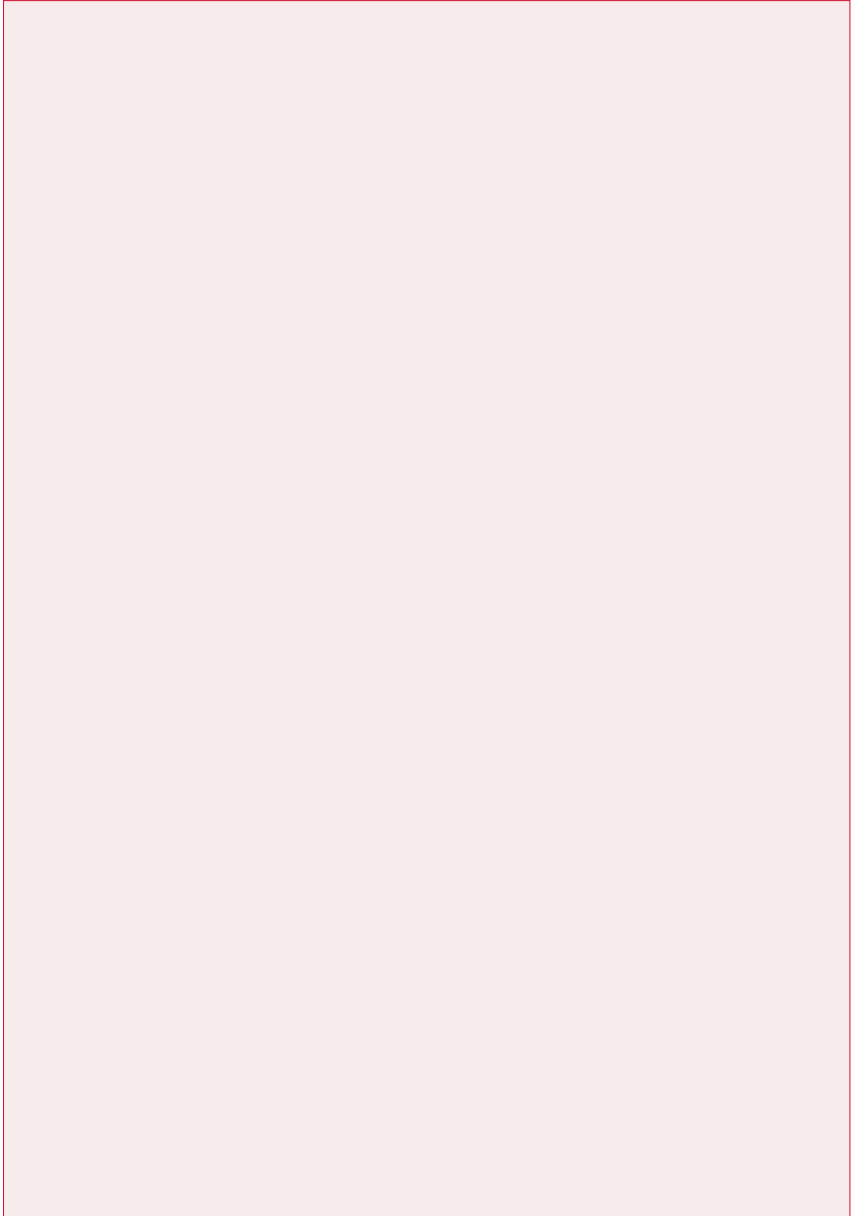
تكملات

5. Hauptdiagnose | تشخيص أساسي



6. Weiterführende Maßnahmen/Empfehlungen

علاجات تالية / توجيهات



7. Körpermaße/Verlaufsbefunde |

Datum تاريخ	Größe (cm) الطول (سم)	Gewicht (kg) الوزن (كيلوغرام)	Blutdruck (mmHg) الدم ضغط (مليمتر زئبق)
----------------	--------------------------	----------------------------------	--

قياسات الجسم / نتائج جارية

Diagnose/Befunde
تشخيص / نتائج الفحص

Stempel
ختم

Datum Größe (cm) Gewicht (kg) Blutdruck (mmHg)
تاريخ الطول (سم) الوزن (كيلوغرام) 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 بإعدادات 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 folgenden Sprachen vor:

Deutsch/Arabisch, Deutsch/Farsi, Deutsch/Englisch,
Deutsch/Russisch, Deutsch/Türkisch

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, September 2017