

# Der *tip doc* Gesundheitswegweiser für Asylbewerber im Landkreis Esslingen

📄 Der Gesundheitswegweiser

📖 Das persönliche Gesundheitsheft



## **DANKSAGUNG**

Diese Broschüre entstand auf Initiative des Kompetenzteams Gesundheit und Psychosoziale Beratung des Landkreises Esslingen. Sie wurde gefördert vom Amt für Flüchtlingshilfe des Landkreises Esslingen und unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg. Ein großes Dankeschön gilt der Arbeitsgruppe aus Vertretern des Amtes für Flüchtlingshilfe, der Landkreiskordinatorin für Flüchtlingsarbeit Esslingen, des Malteser Hilfsdienstes, der Arbeiterwohlfahrt und der AOK Neckar-Fils.

Diese Broschüre ist in den Sprachen Arabisch, Deutsch, Englisch, Farsi/Dari, Französisch, Kurdisch, Russisch, Serbisch und Türkisch erschienen. Die Übersetzungen wurden gewissenhaft und mit großer Sorgfalt von zertifizierten Dolmetschern durchgeführt. Dennoch übernehmen wir keine Gewähr für etwaige Übersetzungsfehler oder Missverständnisse. Die Angaben werden auf dem aktuellen Stand gehalten, kurzfristig können sich jedoch Änderungen ergeben.

## **IMPRESSUM**

**Titel** Der *tip doc* Gesundheitswegweiser für Asylbewerber im Landkreis Esslingen, Deutsch • **Autorin** Dr. med. Christina Heiligensetzer • **Herausgeber** Bild und Sprache e.V. • **Illustration** Sylvia Wolf • **Gestaltung** falset

Dieses Werk und alle seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Die Verwertung der Texte und Bilder, Nachdruck, Übertragung des Werks ganz oder teilweise auf Papier zu kommerziellen und nicht-kommerziellen Zwecken oder die Verarbeitung mit elektronischen Systemen wie Film, Daten- oder Tonträgern einschließlich zukünftiger Medien zu jeglichen Zwecken sind ohne Zustimmung der Autorin unzulässig und strafbar. Dies gilt auch für Übersetzungen und Übertragungen in andere Sprachen, Landkreise und Länder.

© Bild und Sprache e.V. Stuttgart, 2017

Bild und Sprache e.V., Stuttgart, [info@medi-bild.de](mailto:info@medi-bild.de), [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de)

## **DER GESUNDHEITSWEGWEISER**

- 1** A \_ Einführung; § 4 Asylbewerberleistungsgesetz
- 2** B \_ Die Erstuntersuchung in der Erstaufnahmestelle;  
C \_ In der Unterkunft im Landkreis Esslingen - Sie sind krank -  
1 \_ Es ist kein Notfall - Der Behandlungsschein
- 3** Die AWO-Sprechstunde in Ihrer Unterkunft
- 4** Welcher Arzt ist der Richtige - Der Hausarzt
- 5** Der Facharzt - Eine Überweisung - Rezepte
- 6** Antrag auf Kostenübernahme einer Behandlung
- 7** Schweigepflichtentbindung - Zum Gesundheitsamt
- 8** 2 \_ Was ist ein Notfall?
- 10** D \_ Impfungen; E \_ Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr
- 13** F \_ Die elektronische Gesundheitskarte
- 14** zu B \_ Die Erstuntersuchung in der Erstaufnahmestelle;
- 15** zu 1 \_ Antrag auf Kostenübernahme einer Behandlung
- 16** zu 1 \_ Schweigepflichtentbindung

## **Das persönliche tip doc GESUNDHEITSHEFT**

- 1** Mein Gesundheitsheft
- 2** Patientenfragebogen
- 4** Meine Arzt-Termine
- 5** Kurzarztbriefe
- 8** Therapieplan



## A \_ IN DIESER BROSCHÜRE KÖNNEN SIE VIEL PRAKTISCHES RUND UM DAS GESUNDHEITSSYSTEM ERFAHREN!

### LIEBE ASYLBEWERBERIN, LIEBER ASYLBEWERBER,

Sie wohnen im Landkreis Esslingen. In den ersten 15 Monaten Ihres Aufenthaltes in Deutschland gelten für Sie besondere Regeln, wenn Sie krank werden und zum Arzt müssen. Wir möchten Ihnen hier die Regeln unseres Gesundheitssystems, die für Sie gelten, erklären und wie Sie sie nutzen können.



### WAS WIRD BEZAHLT? WO STEHT DAS?



Die Leistungen, die für Sie gezahlt werden, sind im § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) geregelt. Das Gesetz gilt in ganz Deutschland.

#### **§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt**

*(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.*

*(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.*

Kurz gefasst, für die meisten Erkrankungen und Behandlungen heißt das:

Die Kosten für die Behandlung akuter Krankheiten und von Schmerzen werden in der Regel übernommen, außerdem die Behandlung von Krankheiten, wenn ohne Therapie ein Schaden entstehen würde.

Ein Expertenrat bestimmt die sinnvollen Impfungen. Diese Impfungen werden empfohlen und für Sie bezahlt.

Schwangere und Wöchnerinnen bekommen die gleichen Leistungen wie in Deutschland gesetzlich Versicherte.

## B \_ DIE ERSTUNTERSUCHUNG IN DER ERSTAUFNAHMESTELLE

Untersuchung auf übertragbare Krankheiten. Diese Untersuchung ist Pflicht.  
 Siehe Seite 14.

## C \_ IN DER UNTERKUNFT IM LANDKREIS ESSLINGEN

### SIE SIND KRANK UND BRAUCHEN EINEN ARZT.

So gehen Sie vor:

### 1 \_ ES IST KEIN NOTFALL



Sie können nicht einfach zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen. Die meisten Krankheiten sind nicht akut lebensbedrohlich. Dann gehen Sie in Ihrer **Unterkunft in die Sprechstunde** und holen sich einen **Behandlungsschein**.  
 Flüchtlinge, die in der Gemeinde in einer eigenen Wohnung wohnen, bekommen den Behandlungsschein im:



**Landratsamt Esslingen  
 Amt 35 - Amt für Flüchtlingshilfe  
 Pulverwiesen 11  
 73728 Esslingen am Neckar**

## DER BEHANDLUNGSSCHEIN

Dort bekommen Sie einen Behandlungsschein für den Hausarzt oder Kinderarzt. Ohne Behandlungsschein kann ein Arzt Sie regulär nicht behandeln. Sie bekommen pro Quartal nur einen Schein für die Behandlung beim Hausarzt und einen Schein für den Zahnarzt. Für weitere Ärzte müssen Sie sich von dem Arzt, der in diesem Quartal Ihren Behandlungsschein hat, einen Überweisungsschein holen.

Kostenträger / Ansteller		KT-Nr. 6 1 8 1 2	<b>Behandlungsausweis für ärztliche Behandlung</b> <small>(Asylbewerberleistungsgesetz)</small>	Bitte Rückseite beachten!		05																																																																																																																								
Name, Vorname, Anschrift		<input type="checkbox"/> Unfall / Unfallfolgen Eingeschränkte Leistungen! Rückseite beachten!																																																																																																																												
geb. am		Diagnosen																																																																																																																												
Kostenträger Landratsamt Esslingen Pulverwiesen 11 73728 Esslingen		<b>Behandlungsausweis</b> - Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) - für ärztliche Behandlung		Quartal 20	Lfd.-Nr.																																																																																																																									
9C2000871500		Gültigkeitsdauer		Folgeschein Blatt Nr.																																																																																																																										
Vorname, Name		Personenanzzeichen																																																																																																																												
Geburtsdatum		Datum, Unterschrift des Ausstellers																																																																																																																												
Anschrift		Hinweise für den behandelnden Zahnarzt und einschränkende Vermerke siehe Rückseite																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Datum</th> <th>Zahn</th> <th>Leistung</th> <th>Bemerkungen</th> <th colspan="2">Datum</th> <th>Zahn</th> <th>Leistung</th> <th>Bemerkungen</th> </tr> <tr> <th>T</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>M</th> <th></th> <th>T</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>M</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Datum		Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum		Zahn	Leistung	Bemerkungen	T	M	M	M		T	M	M	M																																																																																																								
Datum		Zahn	Leistung	Bemerkungen	Datum		Zahn	Leistung	Bemerkungen																																																																																																																					
T	M	M	M		T	M	M	M																																																																																																																						

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
		01.	02.	03.	04.	05.
06.	07.	08.	09.	10.	11.	12.
13.	14.	15.	16. X 10.30	17.	18.	19.
20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.
27.	28.	29.	30.			



Sie rufen beim Arzt an und fragen nach einem Termin. Den Termin halten Sie bitte ein und kommen Sie pünktlich.

Gut wäre, wenn Sie sich eine Mappe für alle medizinischen Formulare anlegen. Dort tragen Sie auch am besten die Arzttermine ein. Diese Mappe nehmen Sie bei jedem Arztbesuch komplett mit. Alle Unterlagen hierzu finden Sie auch im zweiten Teil in diesem Gesundheitswegweiser.

Bevor Sie zum Arzt gehen, sollten Sie am besten einen Patientenfragebogen ausfüllen. Den bekommen Sie unter [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) --> [Materialien](#) in vielen Sprachen. Der Arzt weiß dann besser über Ihre Risiken und Vorerkrankungen Bescheid.



## DIE AWO-SPRECHSTUNDE IN IHRER UNTERKUNFT

Die Mitarbeiter der AWO-Sprechstunde helfen Ihnen gerne, einen Termin beim richtigen Arzt zu vereinbaren. Sie helfen Ihnen auch, die notwendigen Dokumente zusammen zu stellen.

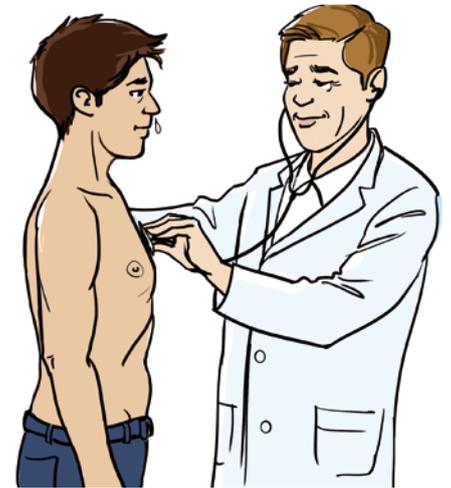


## WELCHER ARZT IST DER RICHTIGE?

### DER HAUSARZT



Der Hausarzt (z. B. ein Facharzt für Allgemeinmedizin) ist der erste Ansprechpartner, wenn Sie krank sind. Er behandelt viele Krankheiten selbst oder überweist Sie zu einem Facharzt oder in eine Klinik. Der Hausarzt sammelt Ihre Befunde und kennt Sie am besten. Zeigen Sie dort bitte alle Ihre gesammelten Arztbriefe und medizinischen Befunde vor. Bringen Sie einen Dolmetscher mit.



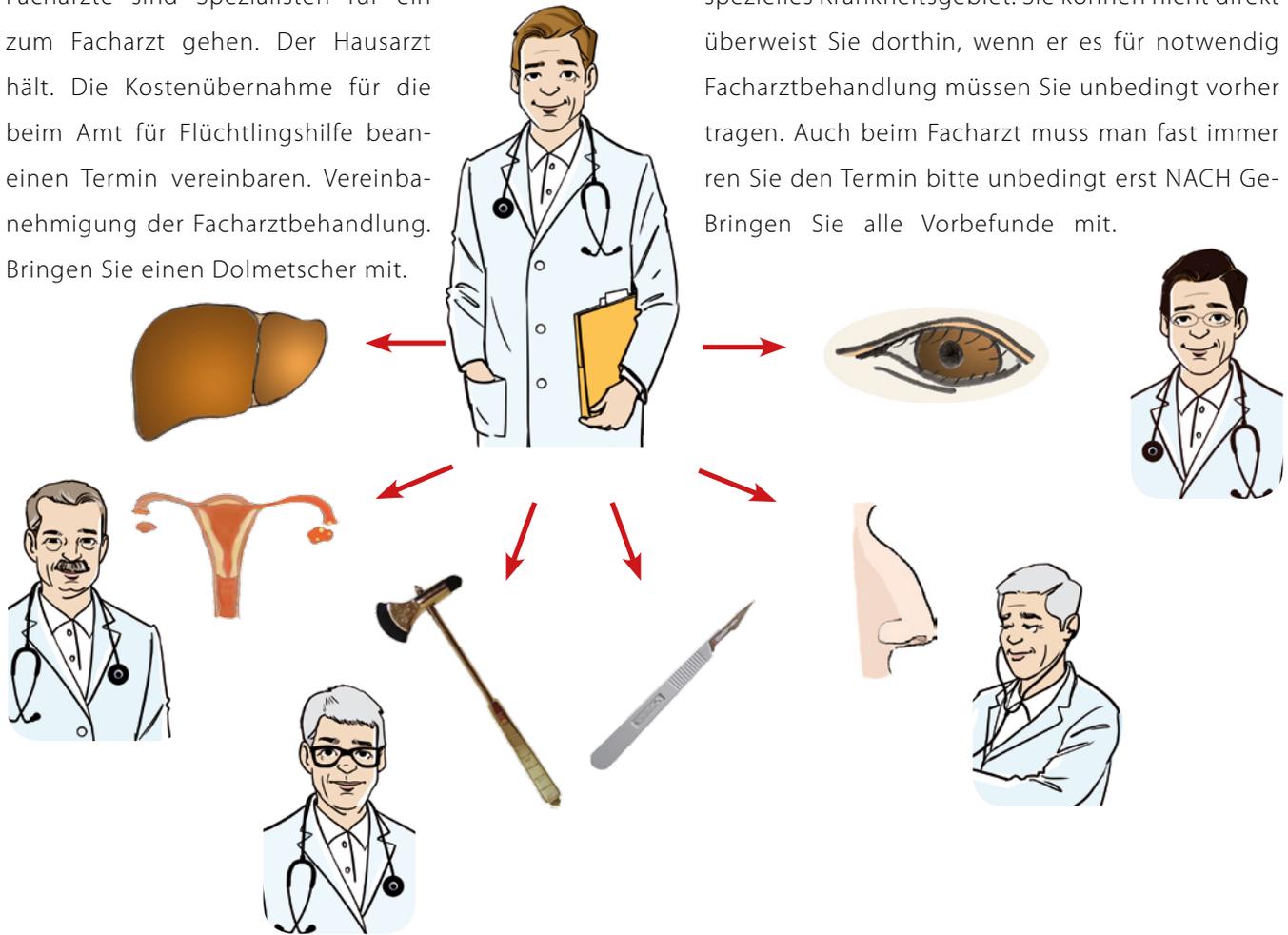
Die Hausärzte bieten ihre Sprechstunde in einer eigenen Praxis an. Oft muss man einen Termin vereinbaren. Informieren Sie sich bitte vorher telefonisch darüber. Manche Untersuchungen oder Behandlungen müssen erst vom Amt für Flüchtlingshilfe genehmigt werden. Das erklärt Ihnen der Arzt oder die Mitarbeiter der AWO.

Fragen Sie in der AWO-Sprechstunde, welcher Hausarzt für Ihren Ort zuständig ist. Beim Hausarzt geben Sie Ihren Behandlungsschein ab.

### EINE ÜBERWEISUNG

## DER FACHARZT

Fachärzte sind Spezialisten für ein zum Facharzt gehen. Der Hausarzt hält. Die Kostenübernahme für die beim Amt für Flüchtlingshilfe bean einen Termin vereinbaren. Vereinb nehmigung der Facharztbehandlung. Bringen Sie einen Dolmetscher mit.



spezielles Krankheitsgebiet. Sie können nicht direkt überweist Sie dorthin, wenn er es für notwendig Facharztbehandlung müssen Sie unbedingt vorher tragen. Auch beim Facharzt muss man fast immer ren Sie den Termin bitte unbedingt erst NACH Ge- Bringen Sie alle Vorbefunde mit.

The image shows a standard German medical prescription form (Rezept). It includes fields for:

- Patient name and address.
- Doctor's name and address.
- Medication instructions (Rp.).
- Pharmacy name and address.
- Signature and date of the doctor.

## REZEPTE

Medikamente oder Behandlungen wie Massagen oder Krankengymnastik bekommen Sie auf Rezept vom Arzt. Manche Behandlungen und Medikamente müssen, bevor Sie sie einlösen können, erst vom Amt für Flüchtlingshilfe genehmigt werden.

Möchten Sie darüber hinaus eine Behandlung selber bezahlen, fragen Sie Ihren Arzt nach einem „Privatrezept“.

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME EINER BEHANDLUNG Original Seite 15.

Wenn Ihr Arzt oder die AWO sagt, dass ein Medikament oder eine Behandlung erst genehmigt werden muss, dann stellen Sie einen Antrag auf Kostenübernahme. Diesen Antrag reichen Sie beim „Amt für Flüchtlingshilfe“ ein. Der Brief sollte Ihr Anschreiben, den Arztbrief/Arztbriefe, das Rezept oder die Überweisung enthalten. Wenn Sie hierfür Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an die AWO während der Sprechstunden in Ihrer Unterkunft. Original siehe Seite 15.



Name/Vorname: Asylbewerber

Anschrift des Asylbewerbers

Landratsamt Esslingen

Amt 35 - Amt für Flüchtlingshilfe -

Pulverwiesen 11

73728 Esslingen am Neckar

### Antrag auf Kostenübernahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme folgender Kosten:

Mit freundlichen Gruß

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### CHECKLISTE

- ANTRAG MIT UNTERSCHRIFT
- ORIGINAL ÜBERWEISUNG /  
/ REZEPT
- SCHWEIGEPFLICHTENTBIN-  
DUNG (UNTERSCHRIEBEN)
- ÄRZTLICHE BERICHTE,  
LABORWERTE,  
MEDIKAMENTENPLAN

**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG** Original siehe Seite 16.

Name/Vorname: ..... des Antragstellers

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

**Erklärung über die Entbindung  
von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich alle Krankenhäuser, Ärzte / Zahnärzte und sonstige an der Behandlung und Betreuung (z.B. AWO) beteiligte Personen sowie die zuständige Ausländerbehörde gegenüber dem Landratsamt Esslingen (Amt für Flüchtlingshilfe als Träger der Krankenhilfe sowie den Ärzten / Zahnärzten des Gesundheitsamtes) gegenseitig von der gesetzlichen / ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass gegenseitig Auskunft über alle erhobenen Angaben, Befunde und Unterlagen zwischen den o. g. beteiligten Stellen und Behörden erteilt werden kann. Alle o. g. Beteiligten werden gegenseitig und umfassend von der Schweigepflicht befreit. Ich bin damit einverstanden, dass alle vorhandenen Befunde und Berichte vom Landratsamt Esslingen (Untere Aufnahmebehörde, Gesundheitsamt) angefordert und eingesehen werden können. Ich bin dabei auch mit einer Übersendung per Fax einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift**ZUM GESUNDHEITSAMT**

Manchmal müssen Sie noch für eine Untersuchung zum Gesundheitsamt. Das Gesundheitsamt gibt Ihnen einen Termin. Bringen Sie hierfür alle Ihre Arztbriefe und Krankheitsunterlagen mit. Füllen Sie am besten auch einen Patientenfragebogen aus und bringen Sie einen Dolmetscher mit.

**Gesundheitsamt des Landkreises Esslingen**  
**Am Aussichtsturm 5**  
**73207 Plochingen**  
**Telefon 0711 3902-41600**

**Anfahrt**

Fahrt mit dem Bus 141 oder 149 vom Bahnhof Plochingen zur Haltestelle Plochingen Stumpenhof. Der Bus fährt manchmal nur alle halbe Stunde. Planen Sie für die Anfahrt genug Zeit ein, damit Sie pünktlich sind.

## 2 \_ WAS IST EIN NOTFALL?

### AM WOCHENENDE, NACHTS

Für den Fall, dass Sie am Wochenende, abends oder an Feiertagen akut schwer erkranken und sofort einen Arzt benötigen, können Sie den hausärztlichen Notdienst anrufen. Der Berater am Telefon entscheidet dann, in welche Notfallpraxis Sie gehen können oder ob ein Arzt zu Ihnen nach Hause kommt.



**116 117**



**Notfallpraxis im Klinikum *Esslingen* (Erwachsene)**  
**Hirschlandstr. 97**  
**73730 Esslingen a. N.**

Montag - Donnerstag 18 bis 23 Uhr  
 Freitags 16 bis 23 Uhr  
 Wochenend- und feiertags 8 bis 23 Uhr

**Notfallpraxis im Klinikum *Nürtingen* (Erwachsene)**  
**Auf dem Säer 1**  
**72622 Nürtingen**

Wochenend- und feiertags 8 bis 23 Uhr

**Notfallpraxis im Klinikum *Kirchheim* (Erwachsene)**  
**Eugenstraße 3**  
**73230 Kirchheim unter Teck**

Wochenend- und feiertags 8 bis 23 Uhr

**Notfallpraxis in der Filderklinik, *Filderstadt***  
**Im Haberschlag 7**  
**70794 Filderstadt-Bonlanden**

Freitag 16 bis 23 Uhr  
 Wochenend- und feiertags 8 bis 23 Uhr

**Notfallpraxis im Klinikum Esslingen (Kinder)**  
**Hirschlandstr. 97**  
**73730 Esslingen a. N.**

Montag - Freitag 19 bis 22 Uhr  
 Wochenend- und feiertags 9 bis 21 Uhr



Außerhalb dieser Zeiten können Sie in die nächste Klinikambulanz der **oben genannten Kliniken** oder der **folgenden Klinik** fahren:

**medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT**  
**Hedelfinger Straße 166**  
**73760 Ostfildern-Ruit**  
**Telefon 0711 / 4488-0**

Für diesen speziellen Fall benötigen Sie keinen Behandlungsschein, weil es sich um einen Notfall handelt. Für reguläre Behandlungen, die am nächsten Wochentag auch vom Hausarzt durchgeführt werden können, sind die Notdienste in den Kliniken nicht da!

## BEI LEBENSGEFAHR



### Beispiele für Beschwerden, bei denen vielleicht Lebensgefahr besteht:

- bei akuten Schmerzen in der Brust
- bei plötzlicher Atemnot
- bei akuten starken Bauchschmerzen
- bei einem Unfall, z. B. mit einem Beinbruch
- bei Bewusstlosigkeit
- bei einem Schlaganfall
- und bei ähnlich schweren Erkrankungen, bei denen Sie nicht mehr mit Bus oder Auto zum Arzt fahren können.



→ **Sie brauchen einen Rettungswagen.  
Wählen Sie die 112.**



**Wer?** Sagen Sie Ihren Namen .....

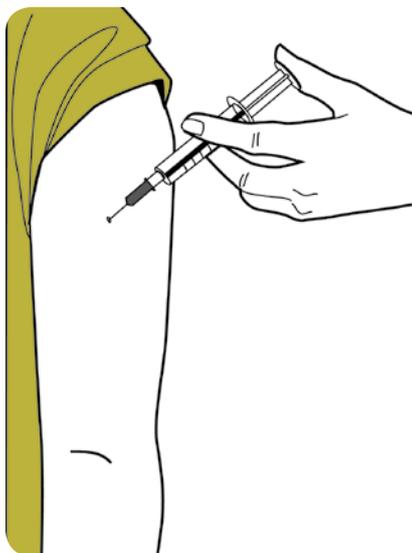
**Wo?** Sagen Sie, wo Sie gerade sind – Adresse .....

**Was?** Schildern Sie nach Möglichkeit kurz, was passiert ist, z.B.  
Mein Mann hat Schmerzen in der Brust.  
oder  
Mein Kind, 10 Jahre, ist gefallen und hat ein Bein gebrochen.

**Warten auf Rückfragen und Anweisungen!**



## D \_ IMPFUNGEN



Meistens wurden Sie kurz nach Ihrer Ankunft in Deutschland geimpft. Dabei haben Sie ein Impfbuch bekommen. Heben Sie dies gut auf. Viele Impfungen müssen in bestimmten Abständen mehrmals durchgeführt werden, um zu wirken. Fragen Sie Ihren Hausarzt. Zeigen Sie ihm auch Ihr Impfbuch. Vom Hausarzt bekommen Sie kostenlos die Impfungen.

Manchmal bietet das Gesundheitsamt in Ihrer Unterkunft auch einen Termin an. Bringen Sie auch hier Ihr Impfbuch mit.

### IMPFBUCH\*



heitsamt  
Impftermin  
Impfbuch mit.

## E \_ KINDER UND JUGENDLICHE BIS ZUM 18. LEBENSJAHR



Kinder bekommen vom Arzt ein gelbes Untersuchungsheft. Darin ist eine Liste von regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen beim Kinderarzt, die so genannten U-Untersuchungen. Diese Kontrollen werden Ihnen dringend empfohlen und werden bezahlt.



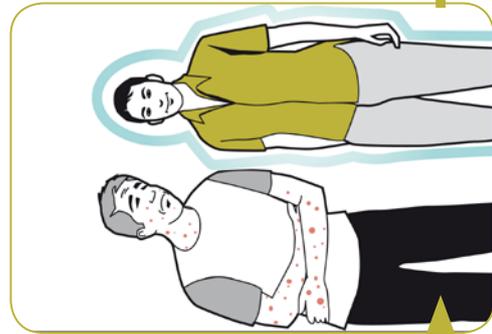
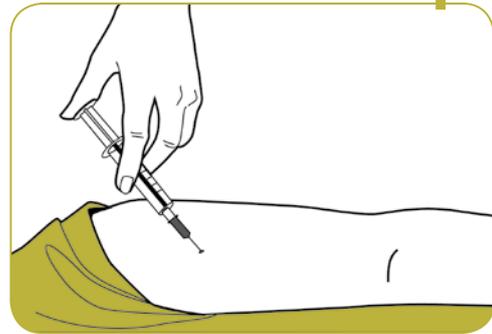
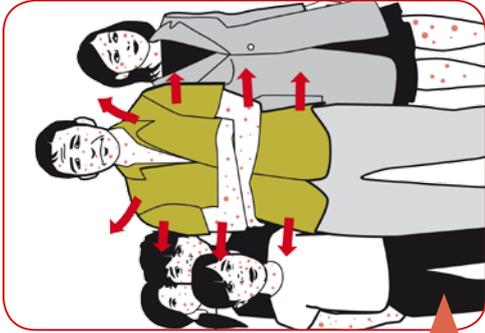
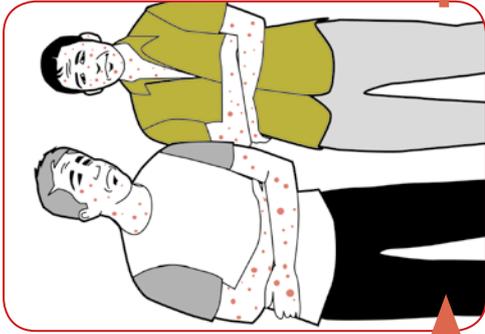
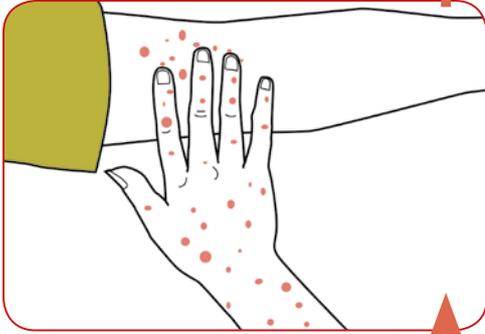
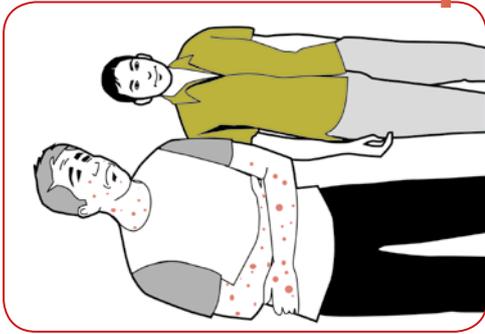
**Impfung**  
**Vaccination**  
**Vaccination**  
 واكسيناسيون  
 خاڤڤي ڪي  
 ஊஊஊஊ  
**Prueueku**

**Cepljenje**  
**Vaksinimet**  
**Vaccin**  
**Kurdisch**  
 ڇڙڇڙا  
**vaccination**  
**Mandinko**  
 ډوډوډو

- Diphtherie
- Keuchhusten (Pertussis)
- Tetanus
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Haemophilus influenzae
- Hepatitis B
- Pneumokokken
- Meningokokken
- Masern
- Mumps
- Röteln
- Windpocken (Varizellen)

**Impfkalender in 16 Sprachen:**

[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfkalendar\\_mehrsprachig\\_Uebersicht\\_tab.html?nn=2709264](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Impfkalendar_mehrsprachig_Uebersicht_tab.html?nn=2709264)



**Impfung · Nebenwirkungen**  
**Vaccination · Side effects**  
**Vaccination · Effets secondaires**

التلقيح · التأثيرات الجانبية  
 واكسيناسيون · عوارض جانبية  
 خاصتی گئے · اثراندازی

**Прививки · Побочное действие**  
**Serljenje · Porratno delovanje**  
**Vaksinimet · Efektet anësore**  
**Vaccin · Reacții adverse**

Nebenwirkungen können auftreten, müssen aber nicht.  
 Side effects may occur but not necessarily.  
 Certains effets secondaires peuvent apparaître,  
 mais ce n'est pas toujours le cas.

يمكن أن تظهر تأثيرات جانبية ولكن ليس بالضرورة.  
 عوارض جانبی ممکن است ظاهر شود، اما نه به صورت قطعی  
 منشی اثرات ہو سکتے ہیں لیکن ضروری نہیں

**НПЭСА. АОНСГГ Н.П.Ф.Ш. Э.Н.Н.А. Г.Г. Г.С.Г.Г. А.Э.Н.Г.Г**  
 Побочное действие может возникнуть, но не всегда.  
 Porratno delovanje može nastupiti, ali ne mora nastupiti.  
 Efektet anësore mund të paraqiten, por jo me çdo kusht.  
 Reacțiile adverse posibile, nu apar neapărat la toți pacienții.



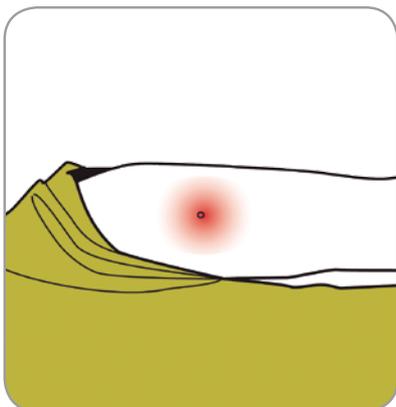
Impfung



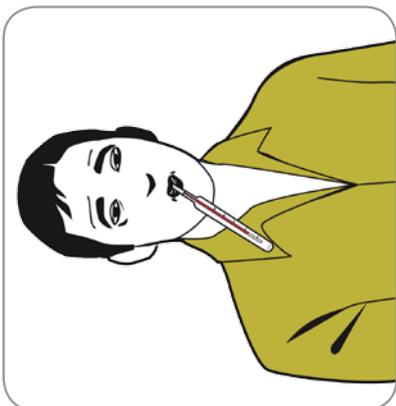
keine Nebenwirkungen



Schläfrigkeit



Rötung und Schwellung der Injektionsstelle



leichtes Fieber



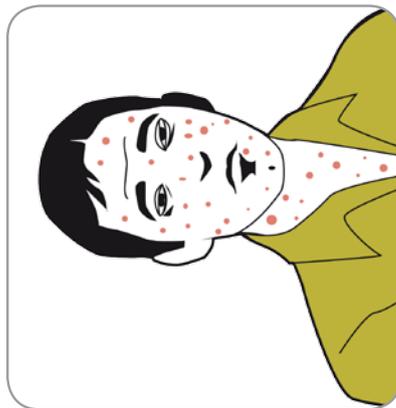
Unruhe



Appetitlosigkeit



Erbrechen



Ausschlag



Allergische Reaktion

Die Angaben orientieren sich an den Impfaufklärungsbögen des Robert-Koch-Instituts.

## F \_ DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE (eGK)

In der Regel brauchen Sie nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland keinen Behandlungsschein mehr (Versicherung erfolgt über den Bezug von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld 2 oder eine Beschäftigung). Sie bekommen stattdessen von der Krankenkasse eine elektronische Gesundheitskarte. Diese Gesundheitskarte müssen Sie jedes Mal beim Arzt vorzeigen.

### SO BEKOMMEN SIE DIE GESUNDHEITSKARTE

Das Jobcenter oder das Sozialamt klärt mit Ihnen, zu welcher Krankenkasse Sie wollen, zum Beispiel zur AOK. Das Amt meldet das dann der Krankenkasse und die schreibt Ihnen. Sie müssen der Krankenkasse lediglich ein **FOTO** schicken. Dann bekommen Sie die Gesundheitskarte zugeschickt. In der Regel müssen Sie keine weiteren Unterlagen abgeben.



### ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE



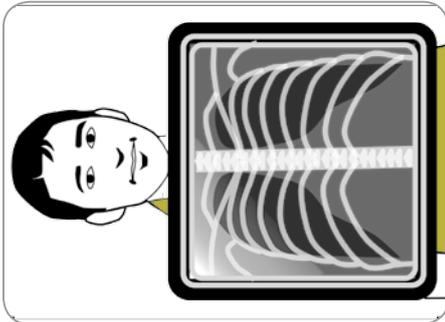
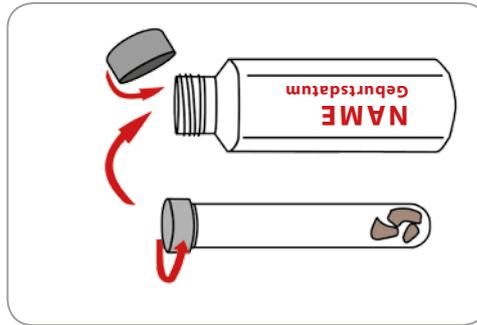
© mit freundlicher Genehmigung der AOK Esslingen

## zu B \_ DIE ERSTUNTERSUCHUNG IN DER ERSTAUFNAHMESTELLE

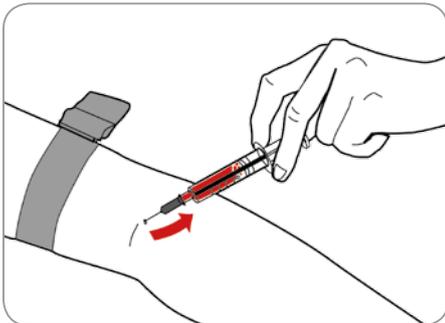
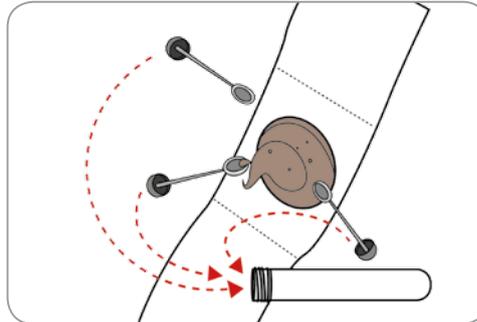
Untersuchung auf übertragbare Krankheiten. Diese Untersuchung ist Pflicht.



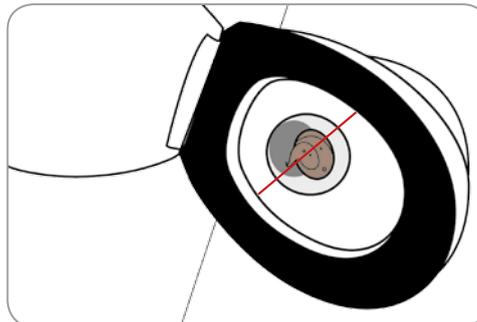
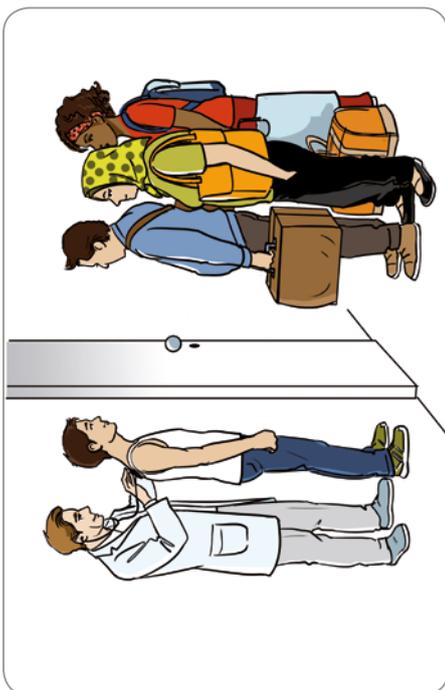
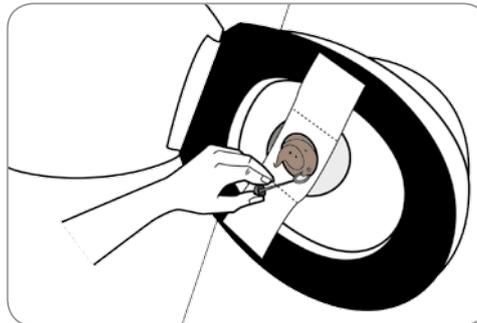
Schwangerschaft?



Lungenröntgen



Blutabnahme



Stuhlprobe

**Mögliche Untersuchungen:**

**Blutuntersuchung auf Hepatitis B sowie HIV I und HIV II**

**Röntgenuntersuchung zum Ausschluss einer Tuberkulose**

**Röntgenuntersuchung**

**Stuhluntersuchung auf Krankheitserreger und Darmparasiten**

**zu 1 \_ ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME EINER BEHANDLUNG**

Name / Vorname: Asylbewerber

Anschrift: Asylbewerber

Landratsamt Esslingen

Amt 35 - Amt für Flüchtlingshilfe -

Pulverwiesen 11

73728 Esslingen am Neckar

**Antrag auf Kostenübernahme**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme folgender Kosten:

---

Mit freundlichem Gruß

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## ZU 1 \_ SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Name / Vorname: ..... des Antragstellers

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

### **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich alle Krankenhäuser, Ärzte / Zahnärzte und sonstige an der Behandlung und Betreuung (z. B. AWO) beteiligte Personen sowie die zuständige Ausländerbehörde gegenüber dem Landratsamt Esslingen (Amt für Flüchtlingshilfe als Träger der Krankenhilfe sowie den Ärzten / Zahnärzten des Gesundheitsamtes) gegenseitig von der gesetzlichen / ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass gegenseitig Auskunft über alle erhobenen Angaben, Befunde und Unterlagen zwischen den o. g. beteiligten Stellen und Behörden erteilt werden kann. Alle o. g. Beteiligten werden gegenseitig und umfassend von der Schweigepflicht befreit. Ich bin damit einverstanden, dass alle vorhandenen Befunde und Berichte vom Landratsamt Esslingen (Untere Aufnahmebehörde, Gesundheitsamt) angefordert und eingesehen werden können. Ich bin dabei auch mit einer Übersendung per Fax einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Das persönliche  
*tip doc* Gesundheitsheft  
für Asylbewerber**



## WARUM DAS PERSÖNLICHE GESUNDHEIT SHEFT?

### Mein Gesundheitsheft

#### **Liebe Asylbewerberin, lieber Asylbewerber,**

wir möchten Ihre Gesundheitsvorsorge und Ihre medizinische Versorgung, wenn Sie krank sind, erleichtern und vereinfachen. Hierzu empfehlen wir Ihnen, dieses Gesundheitsheft bei jedem Arztbesuch dem Arzt zu zeigen und den Patientenfragebogen verständlich auszufüllen. Der Arzt weiß dann besser über Ihre Beschwerden, Ihren Krankheitsverlauf, die früheren Arztbesuche und Behandlungen Bescheid. Die Teilnahme an dieser Maßnahme ist freiwillig.

Mit besten Grüßen

Ihr

Amt für Flüchtlingshilfe Esslingen

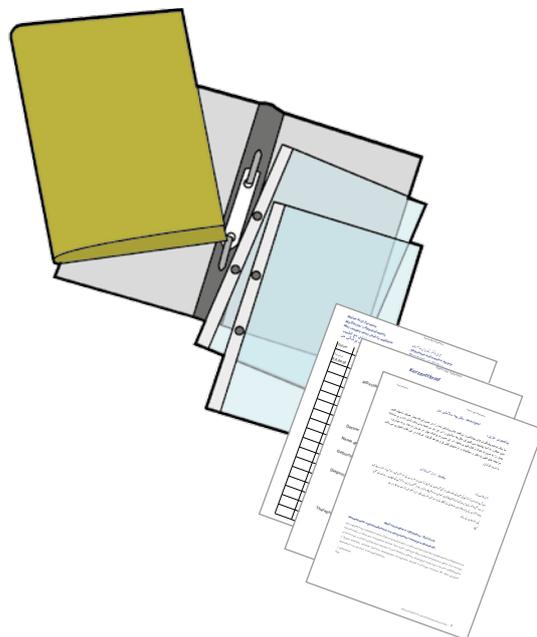
#### **Liebe Ärztin, lieber Arzt,**

zur besseren und reibungsloseren Gesundheitsversorgung Ihres Patienten haben wir dieses einfache Gesundheitsheft entwickelt. Bitte fügen Sie diesem Heft soweit möglich und sinnvoll den ausgefüllten Therapieplan und / oder einen Kurzbrief (z. B. Diagnose, Therapie, Procedere) bei, so dass die Informationen nicht verloren gehen.

Haben Sie vielen Dank für Ihre Mitarbeit und mit freundlichen Grüßen

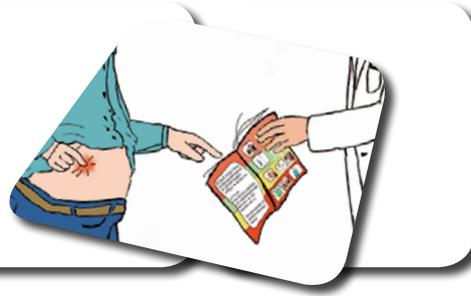
Ihr

Amt für Flüchtlingshilfe Esslingen



# tip doc

إستبيان التاريخ المرضي  
Fragebogen



ARABISCH  
عربي  
DEUTSCH

من فضلك املأ الاستبيان وأحضره معك عند زيارة الطبيب, كذلك أجب على كل الأسئلة, بغض النظر اذا كانت مهمة لمشكلتك الحالية ام لا.

Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

01. Name ..... الاسم ..... E-Mail ..... ايميل .....  
Familienstand ..... الحالة الاجتماعية ..... Tel./Handy ..... تلفون/محمول .....  
Beruf/Firma ..... الوظيفة/اسم الشركة ..... Kinder ..... اطفال .....

02. Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden! من فضلك أوصف الاعراض الحالية التي تعاني منها؟

.....  
.....

03. Welche anderen Krankheiten haben Sie? (siehe auch Liste) ما هي الامراض الاخرى التي تعاني منها؟ (انظر ادناه)

- Herz. قلب  ارتفاع ضغط الدم. Bluthochdruck  جلطة دماغية. Schlaganfall  خثرة دموية. Thrombose  سكري. Zucker  الغدة الدرقية. Schilddrüse  معدة. Magen  مرارة (الحوصلة الصفراء). Galle  كبد. Leber  التهاب الكبد. Hepatitis  امعاء. Darm  بواسير. Hämorrhoiden  ثدي. Brust  رحم. Gebärmutter  بروتينات. Prostata  كلية. Niere  مثانة. Blase  رئة. Lunge  ربو(أزمة). Asthma  أعصاب. Nerven  عضلات. Muskeln  عمود الفقري. Wirbelsäule  المفاصل. Gelenke  التهاب المفاصل. Arthrose  روماتيزم. Rheuma  جلد. Haut  عيون. Augen  سرطان. Tumor  العلاج بالأشعة. Bestrahlung  علاج الكيميائي. Chemotherapie  أعراض أخرى. andere

04. Welche Operationen hatten Sie? (siehe auch Liste) ما هي العمليات التي اجررتها من قبل؟ (انظر ادناه)

- الغدة الدرقية. Schilddrüse  قلب. Herz  رئة. Lunge  معدة. Magen  مرارة (الحوصلة الصفراء). Galle  كبد. Leber  امعاء. Darm  الزائدة الدودية. Blinddarm  بواسير. Hämorrhoiden  ثدي. Brust  رحم. Gebärmutter  كشط غشاء الرحم. Ausschabung  عملية قيصرية. Kaiserschnitt  بروتينات. Prostata  كلية. Niere  مثانة. Blase  المفاصل. Gelenke  كسرالعظام. Knochenbruch  عمود الفقري. Wirbelsäule  عيون. Augen  أعراض أخرى. andere

05. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit? ما هي الأدوية التي تتناولها حالياً؟

.....  
.....

06. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? هل عندك اي نوع من الحساسية؟

- Medikamente ..... حساسية غذائية ..... Nahrungsmittel ..... حساسية للأدوية .....  
Pollen ..... أخرىات ..... andere ..... الحساسية الناتجة عن لقاحات الزهور

07. Neigen Sie zu ..... هل عندك حالات من .....  
? Verstopfung. إمساك. - Durchfall. إسهال. -

08. Schwangerschaft? ..... حمل؟  
ja. نعم  nein. لا  vielleicht. ربّما

09. Körpergewicht kg • ك.غ ..... الوزن؟ Körpergröße cm • سم ..... الطول؟  
Gewichtsverlust kg • ك.غ ..... هل تراجع وزنك؟ Gewichtszunahme kg • ك.غ ..... هل ازداد وزنك؟  
Seit wann? ..... منذ متى؟
10. Rauchen Sie? ..... هل تدخن؟ Wie viel? ..... كم سيجارة في اليوم؟  
11. Wie viel Alkohol trinken Sie? ..... هل تتناول مشروبات روحية و ما هي الكمية ؟  
12. Welche Impfungen haben Sie? ..... ما هي اللقاحات التي تلقيتها؟  
Impfpass – Vorsorgeheft – Bringen Sie es mit! ..... يرجى احضار دفتر اللقاحات في حال توفره
13. Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)? ..... هل توجد حالات مرض وراثية (السكري) أو سرطانية في العائلة؟  
14. Sonstiges ..... أُخْرِيَات

© setzer verlag, keine Gewähr

Fax +49 (0) 7 11/ 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de) oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.  
Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!

setzer verlag seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, info@setzer-verlag.de



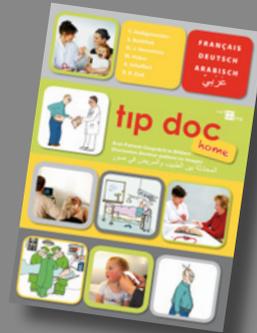
Kostenloser Download von Anamnesebögen und Therapieplänen in 30 Sprachen beim Verein **Bild und Sprache e.V.** unter [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de).

هذا الكتاب يحتوي على:

- غالبية المصطلحات التي يحتاجها الفرد عند زيارة الطبيب مع صور وعناوين مترجمة.
- كلمات مختصرة وجمل قصيرة.
- ارشادات واضحة وسلسة.
- صفحة اضافية للأسئلة الشائعة, أوقات وأرقام:متى؟ منذ متى؟ كم هي شدة الألم؟

Ce livre contient:

- la plupart des phrases dont vous avez besoin à la consultation
- des mots-clé plutôt que des phrases longues:  
„tremblement au repos“ – „tremblement en bougeant“
- des instructions simples: „relaxez-vous“ – „tendez les muscles“
- des pages détachables contenant les FAQ et nombres et temps



tip doc

Arzt-Patient-Gespräch in Bildern

Discussion docteur-patient en images

المحادثة بين الطبيب والمريض في صور

Christina Heiligensetzer, Safiye Buchfink et al.

2010, setzer verlag, stuttgart

ISBN 978-3-9812458-4-4 Arabisch-Französisch-Deutsch



**Meine Arzt-Termine**

My Doctor`s Appointments

Mes rendez-vous chez le médecin

مواعيدي مع الطبيب

قرار ملاقات های پزشکی من

میری ڈاکٹر کے پاس حاضریاں

मेरे अहम फ़रार

Перечень визитов к врачу

Moji termini kod lekara

Vizitat e mia te mjeku

Programările mele la medic

আমার ডাক্তার দেখানোর তারিখ

Dokter dyo on

எனது வைத்திய தவணைகள்

Datum		Name und Adresse der Ärztin/des Arztes	Fachrichtung
Beispiel: 5.2.2015	10:50	Dr. Sanita, Heilweg 6, 01234 Wohlleben	Hausarzt

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

*Patientenfragebögen (Anamnesebögen) können Sie in 30 Sprachen unter [www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html](http://www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html) und [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) kostenlos herunterladen. Weitere bebilderte Verständigungshilfen auf [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de).*

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

*Patientenfragebögen (Anamnesebögen) können Sie in 30 Sprachen unter [www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html](http://www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html) und [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) kostenlos herunterladen. Weitere bebilderte Verständigungshilfen auf [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de).*

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

---

### **Kurzarztbrief**

Name des Arztes / Fachgebiet

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Wichtige Befunde:

Therapie:

Procedere:

*Patientenfragebögen (Anamnesebögen) können Sie in 30 Sprachen unter [www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html](http://www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html) und [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) kostenlos herunterladen. Weitere bebilderte Verständigungshilfen auf [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de).*



Datum: \_\_\_\_\_

**Treatment**  
Englisch

**العلاج**  
Arabisch

**درمان**  
Farsi

**تیرابی (تداوی)**  
Paschtu

**علاج**  
Urdu

**Thêrapi**  
Kurdîsch (Nord)



Datum					

.....

morgens  
in the morning

صبح  
صباحاً  
سہار  
صبح

serê

.....

mittags  
at noon

ظہر  
ظہراً  
غرمة  
دوہیر

sibê

.....

abends  
in the evening

عصر  
مساءً  
مانبام  
شام

êvarê

.....

zur Nacht  
at night

شب  
لیلاً  
د شیبی  
رات کے وقت

şev berî razanê vexwin



vor  
before

قبل  
قبل  
مخکبئی  
کھانے سے پہلے  
pêşiya



zum  
during

ہنگام  
مع  
پہ  
کھانے کے ساتھ  
ber



nach dem Essen  
after the meals

بعد از غذا  
بعد الطعام  
د ڊوڊی وروسته  
کھانے کے بعد  
piştî nan

.....





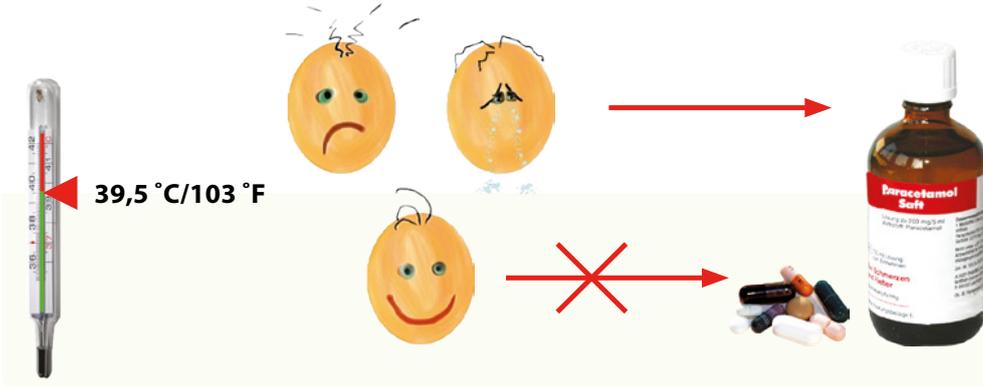
*4 Stunden	4x2 Tabletten	3x20 Tropfen
..... Stunden	..... Tabletten	..... Tropfen
hours	tablets	drops
ساعت.....	قرصها.....	قطره ها.....
ساعات	أقراص	قطرات
د مثال پہ توگہ ہر	2x4 ٹابلیٹ	20x3 خااکی
4 ساعتہ		
* مثلاً " ہر چار گھنٹے بعد	چار دفعہ دو گولیاں	تین دفعہ بیس قطرے
saet	hebik	dalmè



.....  
 nicht mehr/ nicht öfter als alle ...\*  
 not more/ no more often than every...\*  
 بیشتر نہ / بیشتر از ہر ... ساعت نہ  
 \* یکنی ... لیس اکثر من ...  
 \* نور نہ / د ہر ..... خخہ زیات ونہ خوری\*  
 مزید نہیں / ہر دفعہ ..... سے زیادہ نہیں لینی ہیں  
 ( مثلاً " ہر چار گھنٹے بعد \* )  
 ne zêdetir/ ne ji her ...\*  
 (mînak ji 4 saetan yan ... ji 3 hebikan/20 dalma zêdetir)

.....  
 einnehmen bis die Tabletten alle sind  
 ingest until the medicine is finished  
 قرصها بخورید تا وقتی کہ تمام شوند.  
 تناول حتی نفذذ الأقراص  
 و خوری تر خو ٲولی گولی. (ٹابلیٹونہ) خلاص شی  
 ختم ہونے تک گولیاں لیں  
 hebiken xwe heta davibune buxîn

.....  
 Tabletten nicht unterbrechen  
 don't discontinue administration  
 خوردن قرصها را قطع نکنید  
 تناول الأقراص دون انقطاع  
 د ٹابلیٹونو خورل مه قطع کوی  
 گولیاں لینے میں رکاوٹ نہ آنے دیں  
 hebikên xwe herdem be sekînanîndin  
 buxîn



zusätzlich:  
 additional:  
 اضافی  
 إضافة إلي ذلك  
 اضافی  
 اس کے علاوہ:  
 vegedi:  
 .....  
 bei Fieber  
 when fever  
 با تب  
 عند ارتفاع درجة الحرارة  
 د تبی پہ وخت کنینی  
 بخارکی حالت میں  
 dêma germiya bende

.....  
 bei Schmerzen  
 when pain  
 با درد  
 عند الألم  
 د درد پہ وخت کنینی  
 درد کے دوران  
 dêma eşa gîran

.....  
 bei Bedarf  
 if required  
 ہنگام نیاز  
 عند الحاجة  
 د ضرورت پہ وخت کنینی  
 ضرورت کے وقت  
 dêma gerek bikit

.....  
 Wiederkommen  
 another appointment  
 برگشتن  
 المجئ مرة أخرى  
 بیا راشہ د ضرورت پہ وخت کنینی  
 دوبارہ آئیں  
 Dise verîn!

Fax +49 (0) 7 11 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter [www.tipdoc.de](http://www.tipdoc.de). Bei Ihrer Bestellung bitte Adresse nicht vergessen!!



Kostenloser Download unter [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) Bild und Sprache e.V.

setzer Verlag Seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, [www.setzer-verlag.de](http://www.setzer-verlag.de), [info@setzer-verlag.de](mailto:info@setzer-verlag.de)

## **HINWEIS**

Sie können den Patientenfragebogen/Anamnesebogen und die Therapiepläne in 30 Sprachen kostenlos von unserer Homepage [www.medi-bild.de](http://www.medi-bild.de) --> **Materialien** herunterladen.

## **Sprachen**

Albanisch	Mandinka - Mandingo
Amharisch	Paschtu
Arabisch	Polnisch
Bengalisch - Bangla	Portugiesisch
Bulgarisch	Rumänisch
Chinesisch	Russisch
Deutsch	Serbisch
Englisch	Somali
Farsi - Dari	Spanisch
Französisch	Tamilisch
Fula - Fulfulde	Tigrinya
Griechisch	Türkisch
Italienisch	Urdu
Japanisch	Vietnamesisch
Kurdisch	Yoruba



**Gemeinsam  
in Vielfalt**



**Baden-Württemberg**  
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Unterstützt durch das Ministerium für  
Soziales und Integration aus Mitteln  
des Landes Baden- Württemberg



**Landkreis  
Esslingen**

Gefördert vom Amt für Flüchtlings-  
hilfe des Landkreises Esslingen