

Name, Vorname des/der Versicherten إسم الشخص	geboren am تاريخ الميلاد

Arabisch

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
هل أصيبت في الماضي أو تعاني الآن من أحد هذه الأمراض؟

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

عزيزي المريض، عزيزتي المريضة،

لاختيار العقاقير و طرق العلاج المناسبة لك، نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية، للتعرف على سجلك المرضى في الماضي.

هذه البيانات خاضعة للسرية التامة التي يلتزم بها جميع العاملين بالمهن الطبية. إذا كانت لديك إستفسارات فإسألني.

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | لا | نعم |
| 1 Allergie
حساسية ضد | | |
| 1.1 Antibiotikum/Penicillin
مضاد حيوي/ بينيسيلين | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Latex
لاتيكس | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Vinyl
فينيل | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Sonstige ...
مواد أخرى.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Anfallsleiden (Epilepsie)
الصرع | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Atemwegserkrankungen
أمراض الجهاز التنفسي | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Blutgerinnungsstörung
خلل في تخثير الدم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Diabetes
مرض السكر | | |
| 5.1 juvenile I (Spritze)
الذي يصيب الأطفال [يعالج بالحقنة] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Altersdiabetes II (Tabletten)
الذي يصيب المسنين [يعالج بالأقراص] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Glaukom (erhöhter Augendruck)
ارتفاع ضغط العين [الجلوكوما] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Hämatologische Erkrankungen
(Erkrankung blutbildender Organe)
أمراض في الأعضاء التي تساعد على تكوين الدم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Initiiert vom:



Unterstützt von:



ja nein
نعم لا

- 8 Herz-Kreislauf-Erkrankung
مرض بالقلب أو بالأوعية الدموية
- 8.1 Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
قصور فى القلب [ضعف عضلة القلب]
- 8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris
(Brustenge)
مرض الشريان التاجى/ الذبحة الصدرية
[ضيق بالصدر]
- 8.3 Herzinfarkt
إسداد الأوعية [النوبة القلبية]
- 8.4 Herzrhythmusstörungen
إضطرابات ضربات القلب
- 8.5 Herzschrittmacher
جهاز مُنظَّم لضربات القلب
- 8.6 Herzklappenfehler/-ersatz
عيب فى صمامات القلب/ إستبدال صمامات القلب
- 8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
إرتفاع ضغط الدم
- 8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck)
إنخفاض ضغط الدم
- 8.9 Mangeldurchblutung des Zentralen
Nervensystems/ Schlaganfall
نقص سريان الدم فى جهاز الأعصاب المركزى
[جلطة فى المخ]
- 9 Infektionskrankheiten
أمراض ناتجة عن عدوى
- 9.1 Hepatitis (A, B, C)
إلتهاب الكبد الفيروسى [الصفراء] Typ: A B C
النوع
- 9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)
مرض نقص المناعة فى الجسم البشرى
[مرض الأيدز]
- 10 Lebererkrankungen
أمراض الكبد
- 11 Magen-Darm-Erkrankungen
أمراض الجهاز الهضمى
- 12 Nierenerkrankungen
أمراض الكلية
- 12.1 Chronische Niereninsuffizienz
قصور/ ضعف مزمن فى الكلية
- 12.2 Dialyse
الغسيل الكلوى
- 13 Osteoporose (Knochenschwund)
هشاشة العظام

- | | ja
نعم | nein
لا | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 14 Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung)
إلتهاب المفاصل الروماتيزمي | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 Schilddrüsenerkrankungen
أمراض الغدة الدرقية | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 Tumorerkrankungen
الأمراض المتعلقة بالأورام | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 frühere Operationen?
جراحات سابقة؟ | | | |
| 17.1 Herz
القلب | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17.2 Leber
الكبد | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17.3 Niere
الكلية | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17.4 Sonstige ...
أعضاء أخرى... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18 Haben Sie Angst vor der Behandlung?
هل تخشى العلاج؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19 Besteht eine Schwangerschaft?
هل أنت حامل؟ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, im wievielten Monat?
في أي شهر؟ ١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩ |
| 20 Nehmen Sie Medikamente?
هل تأخذ أية عقاقير؟ | | | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 |
| 20.1 Blutverdünnende Mittel
عقاقيراً تؤدي إلى سيولة في الدم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.2 Mittel gegen hohen/niedrigen
Blutdruck
عقاقيراً ضد ارتفاع/ إنخفاض ضغط الدم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.3 Schmerzmittel
عقاقيراً مسكنة | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.4 Psychopharmaka
عقاقيراً تستخدم لعلاج الأمراض النفسية | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20.5 Sonstige ...
عقاقيراً أخرى... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Die sich auf dem Bogen befindlichen Informationen sowie die Übersetzungen wurden sorgfältig und nach bestem Wissen erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Bögen und insbesondere der Übersetzungen wird dennoch nicht übernommen.

التاريخ Datum, Unterschrift التوقيع