

Name, Vorname des/der Versicherten نام خانوادگی و نام شخص بیمه شده	geboren am تاریخ تولد

Persisch

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

آیا در گذشته و یا حال یکی از بیماریهای ذیل را داشته و یا دارید؟

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.

بیمار گرامی،
برای مداوا و تجویز داروهای مناسب خواهشمندیم به سوالات مطرح شده در رابطه با تاریخچه پزشکی تان پاسخ دهید.
اطلاعات داده شده فقط تحت اختیار پزشک شما بوده و او موظف به راز داری است. در صورت نا مفهوم بودن سوالات به من رجوع کنید.

	ja	nein
1 Allergie آلرژی	آری	نه
1.1 Antibiotikum/Penicillin آنتی بیوتیک / پنی سیلین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Latex فرآورده های شیریه درخت کائوچو (لاتکس)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Vinyl فنیل (اسید آمینه موجود در دارو)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Sonstige ... و غیره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Anfallsleiden (Epilepsie) سرخ / غش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Atemwegserkrankungen بیماریهای تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Blutgerinnungsstörung مشکلات انعقاد خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Diabetes بیماری قند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 juvenile I (Spritze) دیابت وابسته به انسولین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Altersdiabetes II (Tabletten) دیابت غیر وابسته به انسولین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Glaukom (erhöhter Augendruck) فشار چشم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe) ضعف سیستم خون سازی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung بیماریهای قلب و گردش خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Herzinsuffizienz (Herzschwäche) نارسایی قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris (Brustenge) آنژین صدری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Herzinfarkt سکته قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Herzrhythmusstörungen بی‌نظمی ضربان قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Herzschrittmacher دستگاه باطری برای قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz ناراحتی و یا تعویض دریچه قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck) آل‌اب‌نوخ رانشف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck) نی‌بی‌آب‌نوخ رانشف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9 Mangeldurchblutung des Zentralen Nervensystems/ Schlaganfall نارسایی خون در سیستم اعصاب / سکته مغزی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Initiiert vom:



NETZWERK RUHRGEBIET

Unterstützt von:



Centrum für bürgerschaftliches Engagement



Ehrenamt Agentur Essen




RAA



caritas mülheim an der Ruhr Sozialdienst e.V.



DIAKONISCHES WERK im Evangelischen Kirchenkreis An der Ruhr



Verband medizinischer Fachberufe e.V.



BARMER Deutschlands größte Krankenkasse



DAK Unternehmen Leben



Privatärztliche Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr GmbH Ärztliche Gemeinschaftsberichterstattung



Mülheim an der Ruhr Stadt am Fluss

		ja	nein	
		آری	نه	
9	Infektionskrankheiten بیمارهای عفونی و مسری			
9.1	Hepatitis (A, B, C) هپاتیت ا، ب، ث	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
9.2	Immunmangel-Syndrom (AIDS) ایدز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوع
10	Lebererkrankungen بیماریهای کبدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Magen-Darm-Erkrankungen بیماریهای معده و روده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Nierenerkrankungen بیماریهای کلیوی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1	Chronische Niereninsuffizienz (Nierenschwäche) نارسایی و کمکاری کلیه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.2	Dialyse دیالیز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Osteoporose (Knochenschwund) پوکی استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung) رماتیسم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Schilddrüsenerkrankungen بیماریهای غده تیروئید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Tumorerkrankungen تومور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	frühere Operationen? جراحی های قبلی			
17.1	Herz جراحی قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.2	Leber جراحی کبد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.3	Niere جراحی کلیه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.4	Sonstige ... جراحی های دیگر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Haben Sie Angst vor der Behandlung? آیا ترس از معالجه پزشکی دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Besteht eine Schwangerschaft? آیا حامله هستید؟ اگر آری، در چندمین ماه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, im wievielten Monat? اگر آری، در چندمین ماه؟ 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
20	Nehmen Sie Medikamente? آیا دارو مصرف میکنید؟			
20.1	Blutverdünnende Mittel داروهای پایین آورنده غلظت خون؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.2	Mittel gegen hohen/niedrigen Blutdruck داروهای تنظیم فشار خون (بالا و پایین برنده)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.3	Schmerzmittel مسکن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.4	Psychopharmaka داروهای اعصاب و خواب آور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.5	Sonstige ... و غیره	<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.

Datum, Unterschrift

تاریخ امضاء