

Name, Vorname des/der Versicherten பெயர், முதற்பெயர்-காப்புறுதி செய்தவர்	geboren am பிறந்த திகதி

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

பின்வரும் சுகவீனங்களில் ஏதாவது உங்களுக்கு இருக்கின்றதா? அல்லது இருந்ததா?

ja nein

ஆம் இல்லை

- |     |   |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1   | Allergie<br><i>அலர்ஜி-ஒவ்வாமை</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1 | Antibiotikum/Penicillin<br><i>அன்ரிபயோடிகா-பெனிசிலின்</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Latex<br><i>லாடெக்ஸ் இரப்பர்</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | Vinyl<br><i>வினூல்</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | Sonstige ...<br><i>வேறுவகை</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   | Anfallsleiden (Epilepsie)<br><i>வலிப்பு (காக்காய்வலிப்பு)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Atemwegserkrankungen<br><i>சுவாசக்குழாய் வருத்தங்கள்</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Blutgerinnungsstörung<br><i>இரத்தம் உறைவில் தடைகள்</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5   | Diabetes<br><i>நீரிழிவு (சக்கரைவியாதி)</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.1 | juvenile I (Spritze)<br><i>இளவயது நீரிழிவு I (ஊசிபோடுதல்)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Altersdiabetes II (Tabletten)<br><i>வயதானவர்களுக்குவரும் நீரிழிவு II (குளிகைகள்)</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Glaukom (erhöhter Augendruck)<br><i>கினொவ்கொம் (அதிகஉடைய கண் அழுத்தம்)</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7   | Hämatologische Erkrankungen<br>(Erkrankung blutbildender Organe)<br><i>இரத்தம் சம்பந்தமான வியாதிகள்<br/>(இரத்தம் உருவாகும் உறுப்பு நோய்கள்)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8   | Herz-Kreislauf-Erkrankung<br><i>இதய-இரத்தச்சுற்று நோய்கள்</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.1 | Herzinsuffizienz (Herzschwäche)<br><i>இதயச்சோகை (இதயச்சோர்வு)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 | Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris<br>(Brustenge)<br><i>இதயவருத்தங்கள்-இதய அழுத்தங்கள்<br/>(நெஞ்சுமுக்கம்)</i>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Herzinfarkt<br><i>இதய அடைப்பு</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | Herzrhythmusstörungen<br><i>இதயத் துடிப்பில் தடைகள்</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 | Herzschrittmacher<br><i>இதயதுடிப்புக்கான சுருவி</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6 | Herzklappenfehler/-ersatz<br><i>இதயவால்வுகளில் பிழை அல்லது மாற்றீடு</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.7 | Hypertonie (erhöhter Blutdruck)<br><i>கிபெர்ரொனி (உயர் இரத்த அழுத்தம்)</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.8 | Hypotonie (niedriger Blutdruck)<br><i>கிப்பொரொனி (தாழ்ந்த இரத்த அழுத்தம்)</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.9 | Mangeldurchblutung des Zentralen<br>Nervensystems/ Schlaganfall<br><i>நரம்புமண்டலத்துக்கான இரத்த ஓட்டத்தில் குறை-<br/>பாரசி வாதம்</i>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

மதிப்பிற்குரிய  
சுகவீனமுற்றவளே  
மதிப்பிற்குரிய  
சுகவீனமுற்றவரே

உங்களுக்கு சரியான முறையில் வைத்தியம் செய்வதற்கும் அதற்குத் தேவையான மருந்தைப் பெற்றுக்கொள்வதற்கும் ஏதுவாக தயவுசெய்து பின்வரும் கேள்விகளுக்கு விடை தருமாறு தாழ்மையுடன் கேட்டுக்கொள்கின்றோம். இது பொதுவாக இதுவரை உங்களுக்கிருந்த சுகவீனங்கள் பற்றியதே (நோய்பற்றிய தரவுகள்) உங்கள் தரவுகள் வைத்தியரின் இரகசிய காப்பு முறைக் கையாளல் என்ற முறையில் வைக்கப்படும். ஏதாவது விளக்கமின்மை இருப்பின் என்னிடம் கேட்கலாம்.

Initiiert vom:



Unterstützt von:



	ja ஆம்	nein இல்லை	
9 Infektionskrankheiten <i>தொற்றுநோய்கள்</i>			
9.1 Hepatitis (A, B, C) <i>செங்காமாரி (ஏ, பி, சி)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> வகை :
9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS) <i>எதிர்ப்பு இல்லாத -தன்மை (எயிட்ஸ்)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Lebererkrankungen <i>ஈரல் நோய்கள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Magen-Darm-Erkrankungen <i>வயிறு-குடல் வருத்தங்கள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Nierenerkrankungen <i>சிறுநீரக நோய்கள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1 Chronische Niereninsuffizienz (Nierenschwäche) <i>கடுமையான சிறுநீரகச் சோகை</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.2 Dialyse <i>சிறுநீர் சுத்திகரிப்பு</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Osteoporose (Knochenschwund) <i>எலும்புருக்கி நோய்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung) <i>மூட்டு வக்க நோய் (மூட்டுக்களில் வீக்கம்)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Schilddrüsenerkrankungen <i>கர்ப்பி நோய்கள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 Tumorerkrankungen <i>கட்டிவகைகளான நோய்கள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 frühere Operationen? <i>முன்னைய சத்திரசிகிச்சை?</i>			
17.1 Herz <i>இதயம்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.2 Leber <i>ஈரல்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.3 Niere <i>சிறுநீரகம்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.4 Sonstige ... <i>வேறுவகை</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 Haben Sie Angst vor der Behandlung? <i>சிகிச்சைக்கு முன்பாக உங்களுக்குப் பயமாக உள்ளதா?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 Besteht eine Schwangerschaft? <i>தாய்மைநிலை அடைந்துள்ளீர்களா?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, im wievielten Monat? ஆம் என்றால், எத்தனை மாதங்கள்? 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
20 Nehmen Sie Medikamente? <i>மருந்து எடுக்கிறீர்களா?</i>			
20.1 Blutverdünnende Mittel <i>இரத்தம் இளகவைக்கும் மருந்து வகை</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.2 Mittel gegen hohen/niedrigen Blutdruck <i>உயர் அல்லது தாழ் இரத்த அழுக்கத்திற்கான மருந்து வகைகள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.3 Schmerzmittel <i>வேதனைக்கான மருந்துகள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.4 Psychopharmaka <i>மூளைநோய்க்கான மருந்துகள்</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.5 Sonstige ... <i>வேறுவகைகள்</i>	<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  
திகதி, கையொப்பம்.