

# Anamnese-/Patientenbogen Englisch/Arabisch (Syrien)

Bitte füllen Sie den Fragebogen mit dem Alphabet geschrieben (**nicht Arabisch!**) aus, da es uns nicht möglich ist Arabisch zu lesen. الرجاء اجب على الاسئلة بالاحرف الالمانية. نحن لا نستطيع قراءة العربية

Falls Sie nicht ausreichend Deutsch oder Englisch sprechen, bringen Sie bitte einen Sprachmittler (Übersetzer) aus Ihrem Umfeld mit. إن لم تكن تتكلم الالمانية او الإنكليزية بشكل كافي الرجاء إحضار مترجم من معارفك

Familienname/surname/ اسم العائلة: \_\_\_\_\_

Vorname/first name / الاسم: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/date of birth/ تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/nationality/ الجنسية: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort/Country and city of birth/ بلد و مكان الولادة: \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse/spoken languages/ اللغات التي تتكلمها: \_\_\_\_\_

Telefon/phone/ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

Straße/street/ الشارع: \_\_\_\_\_

PLZ/post code/ رقم البلد: \_\_\_\_\_ Wohnort/residence / مكان السكن: \_\_\_\_\_

## Bei Minderjährigen/under age persons/ (القاصرين) القصر:

Familienname Vater/surname father/ اسم عائلة الاب: \_\_\_\_\_

Vorname Vater/first name of father / اسم الاب: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Vater/date of birth father / تاريخ ولادة الاب: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/nationality / الجنسية: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Vater/country and city of birth father/ مكان ولادة الاب و بلده: \_\_\_\_\_

Familienname Mutter/surname mother / اسم عائلة الام: \_\_\_\_\_

Vorname Mutter/first name mother/ اسم الام: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Mutter/date of birth mother/ تاريخ ولادة الام: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/nationality/ جنسية الام: \_\_\_\_\_

Geburtsland und -ort Mutter/ country and city of birth mother/ مكان ولادة الام و بلدها: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte der Patient/The patient has or has had/ لدى المريض او كان لديه :

(Korrekte Antwort bitte ankreuzen!) ( الرجاء عَم الاجابة ب X )

Allergien/allergies to (which substances) / حساسيات: \_\_\_\_\_ Ja/ نعم: \_\_\_\_\_ Nein/ كلا: \_\_\_\_\_

Diabetes/diabetes/ سكري: \_\_\_\_\_ Ja/ نعم: \_\_\_\_\_ Nein/ كلا: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung/disease of the thyroid gland/ امراض الغدة الدرقية: \_\_\_\_\_ Ja/ نعم: \_\_\_\_\_ Nein/ كلا: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten/do you have infectious diseases (hepatitis, HIV, AIDS, tuberculosis...)/

امراض معدية: \_\_\_\_\_ Ja/ نعم: \_\_\_\_\_ Nein/ كلا: \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen/bleeding disorder/ اضطرابات نزفية: \_\_\_\_\_ Ja/ نعم: \_\_\_\_\_ Nein/ كلا: \_\_\_\_\_

Herz- oder Kreislaufkrankungen/heart disease, circulatory trouble/ امراض القلب و الاوعية الدموية Ja/نعم: \_\_\_\_\_ Nein/ كلا: \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen/diseases of the kidney or anomalies/ امراض الكلية : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Asthma/asthma/ الربو : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Schlaganfall/stroke/ الجلطة لدماعية : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Tumor, Krebs/tumors, cancer/ اورام سرطانية : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Anfallsleiden/epilepsy/ داء الصرع : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft/are you pregnant/ هل انتِ حامل : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Magen-/Darmerkrankung/gastro-intestinal disease/ امراض الجهاز الهضمي : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Haben Sie irgendwelche anderen Krankheiten/do you have any other diseases? هل لديك امراض اخرى :

\_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (welche?)/do you take any medicine regularly (which?)

هل تتناول ادوية بانتظام و ما هي ؟ : \_\_\_\_\_ Ja/ نعم : \_\_\_ Nein/ كلا : \_\_\_

Datum/date/التاريخ : \_\_\_\_\_ Unterschrift/signature/ التوقيع : \_\_\_\_\_