

**Anamnesebogen****السيرة المرضية**

Datum التاريخ :

الرجاء استخدام الأرقام الألمانية والحروف الألمانية عند الإجابة بقدر الأمكان في أماكن الفراغات.

الرجاء تحديد المكان المناسب بحرف إكس (علامة إكس) 

Alter:	العمر	Name:	الإسم
Geschlecht:	weiblich أنثى <input type="checkbox"/>	männlich ذكر <input type="checkbox"/>	الجنس
Familienstand:			الحالة الاجتماعية
	alleinstehend عازب <input type="checkbox"/>	verheiratet متزوج <input type="checkbox"/>	
	verwitwet أرمل <input type="checkbox"/>	getrennt مطلق <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein لا <input type="checkbox"/>	ja نعم <input type="checkbox"/>	الأولاد
Anzahl der Kinder:			عدد الأولاد
Herkunftsland:			الموطن الأصلي
Beruf im Herkunftsland:			المهنة في الوطن الاصلي
Zimmernr. ZAST:			رقم الغرفة
Telefonnummer:			رقم الهاتف
Registrierungsnummer:			رقم التسجيل

**Allgemeine Anamnese****السيرة المرضية العامة**

<b>Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?</b>	ما هي الأمراض الأخرى من قبل؟
<b>Herz</b>	<b>القلب</b>
Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	جلطة قلبية <input type="checkbox"/>
andere Herzleiden <input type="checkbox"/>	أمراض قلبية أخرى <input type="checkbox"/>
<b>Lunge</b>	<b>الرئة</b>
andere Lungenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض رئوية أخرى <input type="checkbox"/>
<b>Magen</b>	<b>المعدة</b>
Magenentzündung <input type="checkbox"/>	التهابات المعدة <input type="checkbox"/>
<b>Leber</b>	<b>الكبد</b>
andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
<b>Galle</b>	<b>المرارة</b>
andere Gallenleiden <input type="checkbox"/>	أمراض أخرى للمرارة <input type="checkbox"/>
<b>Darm</b>	<b>الأمعاء</b>
Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان <input type="checkbox"/>
andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
<b>Niere/Blase</b>	<b>الكلىة والمثانة</b>
Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	القصور الكلوي <input type="checkbox"/>
andere Nierenleiden <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
<b>Frauen</b>	<b>الأمراض الخاصة بالنساء</b>
Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان الثدي <input type="checkbox"/>
<b>Männer</b>	<b>الأمراض الخاصة بالرجال</b>
Prostatavergrößerung <input type="checkbox"/>	زيادة حجم البروستاتا <input type="checkbox"/>
<b>Skelett</b>	<b>الهيكل العظمي</b>
Arthrose <input type="checkbox"/>	فصال عظمي <input type="checkbox"/>
andere <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
<b>Krebs</b>	<b>السرطان</b>
Krebsleiden <input type="checkbox"/>	أمراض سرطانية <input type="checkbox"/>
Chemotherapie <input type="checkbox"/>	علاج كيميائي <input type="checkbox"/>
	Bestrahlung <input type="checkbox"/>
	Krebs-Operation <input type="checkbox"/>
	علاج إشعاعي <input type="checkbox"/>
	عمليات استئصال للسرطان <input type="checkbox"/>

<b>Nerven/Hirn</b>	Epilepsie <input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	<b>الجهاز العصبي والدماغ</b>
	andere <input type="checkbox"/>		andere <input type="checkbox"/>	جلطة دماغية أخرى
<b>Augen</b>	Glaukom <input type="checkbox"/>	المياه الزرقاء	Katarakt <input type="checkbox"/>	<b>العين</b>
				المياه البيضاء
<b>Haut</b>	andere Hautkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض جلدية أخرى	Psoriasis <input type="checkbox"/>	<b>الجلد</b>
				داء الصدفية
<b>Schilddrüse</b>				<b>الغدة الدرقية</b>
Überfunktion <input type="checkbox"/>	ارتفاع وظيفي (فرط الدرقية)		Unterfunktion <input type="checkbox"/>	انخفاض وظيفي (قصور الدرقية)
<b>andere</b>				<b>أمراض أخرى</b>
Diabetes <input type="checkbox"/>	السكري		Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
Muskelkrankheiten <input type="checkbox"/>	أمراض عضلية		Thrombose <input type="checkbox"/>	جلطات الأوعية الدموية
Blutungsneigung <input type="checkbox"/>	الميل إلى نزيف دموي		andere <input type="checkbox"/>	أخرى

<b>Welche Organe wurden operiert?</b>		ما هي الأعضاء التي أجريت لها عمليات جراحية؟	
Lunge <input type="checkbox"/>	الرئة	Galle <input type="checkbox"/>	المرارة
Herz <input type="checkbox"/>	القلب	Leber <input type="checkbox"/>	الكبد
Brust <input type="checkbox"/>	الثدي	Magen <input type="checkbox"/>	المعدة
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	الرحم	Darm <input type="checkbox"/>	الأمعاء
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	ولادة قيصرية	Blinddarm <input type="checkbox"/>	الزائدة الدودية
Ausschabung <input type="checkbox"/>	كشط غشاء الرحم	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	البواسير
Schädel <input type="checkbox"/>	الجمجمة	Blase <input type="checkbox"/>	المثانة
Gelenke <input type="checkbox"/>	المفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	الكلية
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	كسور عظمية	Prostata <input type="checkbox"/>	البروستاتا
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	العمود الفقري	Augen <input type="checkbox"/>	العين
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	الغدة الدرقية

<b>Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei ihnen schon einmal festgestellt?</b>		أي من الأمراض المعدية التالية قد تم تشخيصها لديك؟	
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	مرض السل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	التهاب الكبد
AIDS <input type="checkbox"/>	أيدز	Windpocken <input type="checkbox"/>	الحماق
Röteln <input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية	Masern <input type="checkbox"/>	الحصبة

<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</b>		هل لديك حساسيات؟	
Medikamente <input type="checkbox"/>	أدوية	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	المواد الغذائية
andere <input type="checkbox"/>	أخرى	Pollen <input type="checkbox"/>	حبوب اللقاح

<b>Haben Sie schon einmal eine Impfung nicht vertragen?</b>		هل حصلت لديك مشاكل في حال التطعيم؟	
Ja <input type="checkbox"/>	نعم	Nein <input type="checkbox"/>	كلا

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>		هل تتعاطي أدوية بشكل منتظم؟	
Nein <input type="checkbox"/>	كلا	Ja <input type="checkbox"/>	نعم
Wenn ja, welche? (Bitte unten notieren.)		في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر أسماء الأدوية.	
Anzahl abends/ الكمية مساءً	Anzahl mittags الكمية ظهرا	Anzahl Früh الكمية صباحا	Wirkstoffmenge الجرعة
			Name des Medikamentes اسم الدواء

Nehmen Sie aktuell noch andere Medikamente?	هل تتناول في الوقت الحالي أدوية أخرى؟
Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم
Wenn ja, welche?	في حالة الإجابة بنعم، ما هي الأدوية؟

<b>Rauchen Sie?</b>	هل أنت مدخن؟
Gelegentlich <input type="checkbox"/> أحيانا	Eine Schachtel oder <input type="checkbox"/> علبة سجائر أو أكثر في اليوم
Nie <input type="checkbox"/> كلا	mehr pro Tag <input type="checkbox"/> Täglich <input type="checkbox"/> يوميا

<b>Trinken Sie Alkohol?</b>	هل تشرب الكحوليات؟
Nie <input type="checkbox"/> كلا	Gelegentlich <input type="checkbox"/> أحيانا
	Täglich <input type="checkbox"/> يوميا

### Aktuelle Symptomatik

### الأعراض الحالية

Welche dieser Beschwerden haben Sie an sich in den letzten Tagen bemerkt?

أي من هذه الأعراض تعاني منها خلال الأيام القليلة الماضية؟

Fieber	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	حمى
Husten	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	سعال
Atemnot	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	ضيق تنفس
Erbrechen	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	تقيؤ
Durchfall	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	إسهال
Verstopfung	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	إمساك
Schwarzfärbung des Stuhls	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	براز أسود
Schmerzen beim Wasserlassen	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	آلام أثناء التبول
Rotfärbung des Urins	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	إحمرار البول
Nächtliches Wasserlassen	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	التبول ليلا
Anschwellen der Beine und/oder der Füße	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	تورم الساقين أو الرجلين
Juckreiz	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	حكة
Gelbfärbung der Augen und/oder der Haut	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	اصفرار العيون
Vermehrtes nächtliches Schwitzen	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	التعرق ليلا
Hörminderung	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	ضعف السمع
Sehminderung	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	ضعف البصر
Schlafstörungen	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	مشاكل في النوم
Leistungsminderung	Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja <input type="checkbox"/> نعم	ضعف المجهود اليومي

<b>Sind Sie schwanger?</b>	هل أنت حامل؟
Vielleicht <input type="checkbox"/> محتمل	Ja نعم <input type="checkbox"/>
Nein <input type="checkbox"/> كلا	
Wie viele Geburten?	كم عدد الولادات؟
Wie viele Schwangerschaften?	كم مرة حملت؟
Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?	قبل كم أسبوعا كانت آخر دورة شهرية؟

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren?	هل نقص وزنك خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة؟
Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja نعم <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel Kilogramm?	في حالة الإجابة بنعم، كم كيلوجرام؟

Haben Sie in der letzten Zeit darüber nachgedacht, sich umzubringen?	هل فكرت في الفترة الأخيرة بالانتحار؟
Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja نعم <input type="checkbox"/>

Haben Sie aktuell Schmerzen?	هل لديك حاليا آلام؟
Wenn ja, wie oft?	في حالة الإجابة بنعم، كم مرة؟
Nein <input type="checkbox"/> كلا	Ja نعم <input type="checkbox"/>
selten <input type="checkbox"/>	نادرا <input type="checkbox"/>
manchmal <input type="checkbox"/>	أحيانا <input type="checkbox"/>
oft <input type="checkbox"/>	غالبا <input type="checkbox"/>
meistens <input type="checkbox"/>	أكثر الوقت <input type="checkbox"/>
immer <input type="checkbox"/>	دائما <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen) bis 10 (maximale Schmerzen)?	في حالة الإجابة بنعم، كم تقريبا تخمن قوة الألم من 1 (لا يوجد ألم) إلى 10 (ألم شديد للغاية)؟
	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

<b>Wo haben Sie Schmerzen?</b> (Bitte einzeichnen mit x)
أين لديك آلام؟ الرجاء تحديد الأماكن في الصورة بحرف الـ x.
<b>Wo haben Sie Wunden?</b> (Bitte einzeichnen mit o.)
أين لديك جروح؟ الرجاء التحديد بدائرة o.
<b>Wo haben Sie Hautauffälligkeiten?</b> (Bitte einzeichnen mit #.)
أين لديك علامات جلدية؟ الرجاء التحديد بعلامة مربع #.

