

کتابچه صحی

Gesundheitsheft

Dari (Afghanistan)

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Medinetz Halle/Saale e.V.  
Ludwigstraße 37  
06110 Halle (Saale)  
V.i.S.d.P.: Andreas Niedermaier

### **Finanzierung:**

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle  
Mauerstraße 5  
06110 Halle (Saale)

### **Übersetzung:**

Übersetzungsbüro EasyTranslate, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg und  
Christoph Carmesin

### **Stand**

1. Auflage, Januar 2016

Der Herausgeber hat dieses Heft mit aller Sorgfalt erstellt und geprüft. Für etwaige Fehler oder durch die Benutzung dieses Heftes entstehende Schäden übernimmt der Herausgeber jedoch keine Verantwortung.

Die Inhalte dieses Hefts sind online verfügbar unter:

<http://www.medinetz-halle.de/gesundheitsheft>



Dieses Material ist unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ „Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International“ zugänglich. Eine Kopie dieser Lizenz können sie unter <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> einsehen.

Erklärung für den Arzt

توضیح برای داکتر

Liebe Ärztin, lieber Arzt,

zur besseren und reibungsloseren Gesundheitsversorgung Ihres Patienten haben wir dieses einfache Gesundheitsheft entwickelt.

Da Asylsuchende in den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland an verschiedenen Orten verschiedene Ärzte konsultieren, treten häufig Probleme in der Übermittlung von Befunden und der kontinuierlichen Behandlung von Erkrankungen auf. Um diesem Problem zu begegnen, soll dieses Heft anstelle oder in Ergänzung einer Krankenakte beim Patienten verbleiben und möglichst alle relevanten Informationen enthalten.

Bitte fügen Sie diesem Heft soweit möglich und sinnvoll alle von Ihnen erhobenen Befunde, eingeleiteten oder durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sowie Ihre Kontaktadresse für eventuelle Rückfragen weiterbehandelnder Ärzte bei.

Haben Sie vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 1. این کتابچه صحی

این کتابچه به شما کمک میکند که با سیستم صحی آلمان آشنا شوید و مطمئن شوید که داکترتان از تشخیص های قبلی شما اطلاع دارد.

این کتابچه شامل بخش های مختلف میشود. این بخش اول معلومات مفید درباره سیستم صحی آلمان را شامل میشود و برای شما توضیح میدهد که در هنگام مریضی چگونه میتوانید کمک دریافت کنید. بر علاوه شامل معلومات درباره نحوه کار با این کتابچه را برای داکتر شما نیز میشود. بخش دوم شامل یک فورمه سابقه طبی میباشد، که میتوانید قبل از مراجعه به داکتر آن را پر نمایید تا داکتر وضعیت شما را بهتر درک نماید. بر علاوه این کتابچه این امکان را به داکترتان میدهد که واکسیناسیون و معالجات انجام شده را ثبت نماید. لطفاً این کتابچه را همیشه در هنگام مراجعه به داکتر همراه داشته باشید. بدین وسیله داکترتان میتواند به سرعت یک دید کلی از سابقه امراض شما را داشته باشد.

این کتابچه تنها برای شما است. شما خود تصمیم میگیرید که این کتابچه را به کی نشان میدهید. هیچ کس حق ندارد بر خلاف میل شما به معلومات شخصی موجود در این کتابچه دسترسی یابد.

## 2. حقوق مریض

در آلمان تمام افراد حق دریافت معالجه طبی را دارند.

استفاده از خدمات طبی کدام تاثیر منفی بر پروسه پناهنده گی شما ندارد. داکتران موظف به حفظ محرمانیت هستند. این به این معنی است که آنها تنها حق دارند زمان با دیگران درباره مریضان خود صحبت کنند که آنها اجازه دهند. این حفظ محرمانیت حتی در مقابل ادارات دولتی نیز برقرار میباشد.

همه افراد در انتخاب داکترشان آزاد هستند. اگر از داکترتان راضی نیستید میتوانید به یک داکتر دیگر مراجعه نمایید. تا زمان که در پروسه پناهنده گی قرار دارید، اداره خدمات اجتماعی Sozialamt مسوول پرداخت مصرف معالجه شما است. برای این منظور باید یک تصدیق معالجوی را از اداره خدمات اجتماعی درخواست نمایید. این ورق معالجه دسترسی شما به تمام خدمات معالجوی لازم را تضمین مینماید. برخی تدابیر به صورت حاد مورد نیاز نیستند، مانند گذاشتن دندان، با این ورق پوشش داده نمیشوند. این نوع معالجات برای شما زمان ممکن هستند که کارت بیمه خدمات معالجوی معمول را دریافت نمایید (پس از حداکثر 15 ماه در آلمان).

## 3. صحت در پروسه پناهنده گی

شما در طول پروسه پناهنده گی از ایستگاه های مختلف عبور خواهید نمود.

### 3.1 معاینه پذیرش اولیه

پس از ورود به آلمان پناهجویان در مراکز پذیرش مرکزی اسکان داده میشوند. در آن جا ثبت نام شده و میتوانید درخواست پناهنده گی دهید.

همه پناهجویان باید در راستای ثبت نام تحت معاینه طبی قرار بگیرند. این معاینه به تشخیص به موقع امراض ساری کمک مینماید و معمولاً شامل معاینه بدنی و ایکسری از شش ها میشود. بر علاوه در راستای معاینه به شما پیشنهاد میشود که واکسین شوید. لطفاً تمام معلومات مهم درباره وضعیت صحی خود را در اختیار داکتر قرار دهید! او میتواند به شما کمک کند در هنگام مریضی معالجه مناسب را دریافت نمایید. اگر کارت واکسیناسیون یا مدارک دیگر درباره صحت خود دارید، لطفاً آن را با خود همراه داشته باشید.

### 3.2 توصیه های عملی

پس از مدت به اقامت گاه عمومی منتقل میشوید. در این اقامت گاه های عمومی مددکاران اجتماعی Sozialarbeiter مشغول کار هستند که به سوالات شما درباره زنده گی در آلمان پاسخ میدهند.

### معالجات غیر عاجل

وقتی قصد مراجعه به داکتر را داشته باشید نیاز به ورق معالجه خواهید داشت. در صورت که دندان دردی داشته باشید نیاز به ورق معالجه مخصوص دندان دارید. هر دو نوع اوراق را از اداره خدمات اجتماعی دریافت مینمایید. از مددکار اجتماعی Sozialarbeiter بپرسید که اداره خدمات اجتماعی مسوول شما که میتوانید ورق معالجه را از آن دریافت نمایید کجا قرار دارد. برای مسوولین اداره خدمات اجتماعی تمام مشکلات فعلی خود را به خوبی شرح دهید. اگر درد دارید باید آن را به وضاحت اعلام نمایید.

با ورق معالجه میتوانید به داکتر عمومی مراجعه نمایید. اگر قصد مراجعه به داکتران دیگر را دارید نیاز به دریافت ورق ارجاع از داکتر عمومی برای مراجعه به داکتر متخصص را دارید. برای مراجعه به داکتر متخصص معمولاً نیاز به وقت قبلی دارید. اوقات

انتظار برای وقت قبلی می‌توانند تا چند هفته به طول بیانجامند. باید بر سر این قرارها به موقع حاضر شوید زیرا داکتر این زمان را برای شما اختصاص داده است. اگر نمی‌توانید به زبان آلمانی صحبت نمایید، برای شما و داکتر تان بهتر است که یک مترجم همراه خود داشته باشید.

اگر نیاز به دوا داشته باشید، داکتر برای شما نسخه تهیه می‌نماید. دو نوع از نسخه وجود دارد که رنگ‌های متفاوت دارند (سرخ و سبز). با این نسخه‌ها می‌توانید از دواخانه ادویه دریافت نمایید. ادویه روی نسخه سرخ رنگ برای شما رایگان هستند، برای ادویه موجود در نسخه سبز باید پول پرداخت نمایید. ورق معالجه را از با یک مدرک دریافت می‌نمایید که به دواخانه نشان می‌دهید. برای نسخه‌های سرخ نباید کدام مصرف پرداخت نمایید. در محافظت از این مدرک کوشش کنید و آن را به دواخانه ارایه دهید.

موارد عاجل

برای موارد عاجل نیاز به ورق معالجه ندارید و می‌توانید مستقیماً به بخش عاجل Notaufnahme شفاخانه مراجعه نمایید. بخش عاجل به صورت شبانه روزی فعال است، حتی روزهای تعطیل. در موارد که خطر مرگ وجود دارد یا زمان که به دلیل مریضی قادر به مراجعه به بخش عاجل نیستید می‌توانید با مرکز عاجل تماس بگیرید. شماره عاجل 112 میباشد. اگر نمی‌توانید به زبان آلمانی صحبت نمایید، سعی کنید کسی را پیدا کنید که برای شما با مرکز عاجل تماس بگیرد. اگر کسی نیست که این کار را انجام دهد، نام و محل خود را به آرامی بیان نمایید (مثلاً نام سرک).

#### 4. تماس

اگر در هنگام مریضی در دریافت معالجه مشکل دارید با مددکار اجتماعی اقامت گاه تان تماس بگیرید. بر علاوه مراکز فراوان مشوره و انجمن‌های وجود دارند که می‌توانند به شما کمک کنند:

کمک در دریافت معالجه طبی:

Halle، Ludwigstraße 37، Medinetz Halle، تلفون: 0152 15930043، ساعت مراجعه: هر پنج شنبه ساعت 16 تا 18

Magdeburg، Porsestraße 16، Bahnhof Buckau، Medinetz Magdeburg، تلفون: 0176 665 308 54، ساعت مراجعه: هر پنج شنبه ساعت 15 تا 17

مشوره و معالجه در مورد مشکلات روانی را از Psychosoziale Zentren für Migrantinnen und Migranten (PSZ) دریافت نمایید:

Halle، PSZ Halle: Marienstraße 27a، تلفون: 0345 21 25 768

Magdeburg، PSZ Magdeburg: Liebkechtstraße 55، تلفون: 0391 63 10 98 07

نماینده پناهجویان در ساکسن آنهالت:

39104 Magdeburg، Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V.: Schellingstraße 3-4، تلفون: 0391 5371281

کمک تلفونی برای مشکلات زبانی:

Hallesche Interkulturelle Initiative (HIKI): تلفون: 0345 213 893 99



## سابقه طبي مريض/ فورمه آنامنز

## Anamnesebogen

Datum: تاريخ

لطفاً در صورت امکان فورمه را با حروف و ارقام آلمانی پر نماييد.

لطفاً جواب مناسب را علامت بزنيد مانند اين مثال

Alter:	سن	Name:	اسم
Geschlecht:	weiblich / مونث <input type="checkbox"/>	männlich / مذکر <input type="checkbox"/>	جنس
Familienstand:	ledig / مجرد <input type="checkbox"/>	verheiratet / متاهل <input type="checkbox"/>	حالت مدنی
	verwitwet / بیوه <input type="checkbox"/>	geschieden / مطلقه <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein / نخیر <input type="checkbox"/>	ja / بلی <input type="checkbox"/>	طفل:
Zahl der Kinder:			تعداد اطفال:
Herkunftsland:			کشور اصلی:
Beruf im Herkunftsland:			شغل در کشور اصلی:
Zimmernummer in ZAST:			شماره اتاق ZAST:
Telefonnummer:			شماره تلفون:
Registrierungsnummer:			شماره ثبت اسم:

## Allgemeine Anamnese

## سوابق عمومی طبي

Welche Krankheiten haben oder hatten Sie?		کدام امراض ديگر داشته يا داريد؟		
<b>Herz</b>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	سکته قلبي	Herzschwäche <input type="checkbox"/>	ضعف قلبي
	andere <input type="checkbox"/>	ديگر مشکلات قلبي	Erkrankung der <input type="checkbox"/>	مشکل دريچه قلب
	Herzprobleme <input type="checkbox"/>		Herzklappen	
<b>Lunge</b>	andere <input type="checkbox"/>	ديگر مشکلات ريوی	Asthma <input type="checkbox"/>	آسما \ آسم
	Lungenerkrankung <input type="checkbox"/>			
<b>Magen</b>	Gastritis <input type="checkbox"/>	التهاب معده	Sodbrennen <input type="checkbox"/>	سوزش معده \ سوزش سر دل
<b>Leber</b>	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر	Leberzirrhose <input type="checkbox"/>	سيروز جگر
<b>Gallenblase</b>	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر امراض کيسه صفرا	Gallensteine <input type="checkbox"/>	سنگ سازی
<b>Darm</b>	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	همورويد \ بواسير
	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر	Hernie <input type="checkbox"/>	چره
<b>Harnblase/ Niere</b>	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	ضعف گرده	Nierenstein <input type="checkbox"/>	سنگ گرده
	andere Nieren-erkrankung <input type="checkbox"/>	ديگر امراض کليوی يا گرده	Blasen-entzündung <input type="checkbox"/>	التهاب مثانه
<b>Frauen</b>	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان سينه	Gebärmutter- krebs <input type="checkbox"/>	سرطان رحم
<b>Männer</b>	Vergrößerung der Prostata <input type="checkbox"/>	بزرگ شدن پروستات	Prostatakrebs <input type="checkbox"/>	سرطان پروستات

<b>Skelett</b>	Arthrose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	آرتروز دیگر	Rheumatismus Schäden der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	روماتیسم آسیب های ستون فقرات	<b>اسکلت</b>
<b>Krebs</b>	Krebs Chemotherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سرطان معالجه کیمیای	Strahlentherapie Krebs-Operation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پرتو جراحی سرطان	<b>سرطان</b>
<b>Nerven / Gehirn</b>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سکته مغزی دیگر	<b>اعصاب/مغز</b>
<b>Augen</b>	Glaukom	<input type="checkbox"/>	آب سیاه	Katarakt	<input type="checkbox"/>	آب مروارید	<b>چشم ها</b>
<b>Haut</b>	andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	دیگر امراض جلدی	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	پسوریازیس	<b>جلد</b>
<b>Schilddrüse</b>	Überfunktion anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پرکاری دیگر	Unterfunktion Bluthochdruck Thrombose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	کم کاری فشار خون بالا ترومبوز دیگر	<b>غده تیروئید</b>
<b>Diabetes</b>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	شکر	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	فشار خون بالا	<b>دیگر</b>
<b>Muskelkrankheiten</b>	Muskelkrankheiten	<input type="checkbox"/>	امراض عضلانی	Thrombose	<input type="checkbox"/>	ترومبوز	
<b>Blutungsneigung</b>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	تمایل به خون ریزی	anderes	<input type="checkbox"/>	دیگر	

<b>Welche Organe wurden operiert?</b>	کدام یک از اندامهای ذیل عمل شده است؟		
Lunge <input type="checkbox"/>	شش	Gallenblase <input type="checkbox"/>	کیسه صفرا
Herz <input type="checkbox"/>	قلب	Leber <input type="checkbox"/>	جگر
(weibl.) Brust <input type="checkbox"/>	پستان	Magen <input type="checkbox"/>	معد
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	رحم	Darm <input type="checkbox"/>	روده
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	سزارین	Blinddarm <input type="checkbox"/>	آباندیکس
Ausschabung <input type="checkbox"/>	کورتاژ	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	بواسیر / همورئید
Schädel <input type="checkbox"/>	جمجمه	Harnblase <input type="checkbox"/>	مثانه
Gelenke <input type="checkbox"/>	مفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	گرده
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	شکستگی استخوان	Prostata <input type="checkbox"/>	پروستات
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	ستون فقرات	Auge <input type="checkbox"/>	چشم
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	تیروئید

<b>Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal diagnostiziert?</b>	کدام یک از امراض عفونی ذیل در شما تشخیص داده شده است؟		
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	سیل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	هپاتیت
HIV / AIDS <input type="checkbox"/>	ایدس / HIV	Windpocken <input type="checkbox"/>	آبله مرغان
Röteln <input type="checkbox"/>	سرخچه	Masern <input type="checkbox"/>	سرخکان / سرخک

<b>Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?</b>	آیا حساسیت در شما تشخیص داده شده است؟		
Medikamente <input type="checkbox"/>	داروها / دواها	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	مواد غذایی
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Pollen <input type="checkbox"/>	گرده گل ها

<b>Sind bei Ihnen nach einer Impfung schon einmal allergische Reaktionen aufgetreten?</b>	آیا تا به حال در مقابل کدام واکسین حساسیت نشان داده اید؟		
ja <input type="checkbox"/>	بلی	nein <input type="checkbox"/>	نخیر



**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** آیا به طور مرتب دارو \ دوا مصرف مینمایید؟  
 nein  نخبیر ja  بلی  
 Wenn ja, welche Medikamente? (notieren Sie diese im folgenden Abschnitt) (در قسمت زیر یادداشت نمایید.)

Menge abends / مقدار در عصرها	Menge mittags / مقدار در ظهرها	Menge am Morgen مقدار در صبح	Menge des Wirkstoffes / میزان ماده موثر	Name des Medikaments / نام دوا

**Nehmen Sie derzeit irgendwelche weitere Medikamente?** آیا هم اکنون از کدام دارو \ دوا دیگر مصرف مینمایید؟  
 nein  نخبیر ja  بلی  
 Wenn ja, welche Medikamente? اگر بلی کدام دواها؟


**Rauchen Sie?** سگریت میکشید؟  
 manchmal  یک پاکت یا بیش تر در روز  بعضی وقت  
 nie  هرگز täglich  روزانه  
**Trinken Sie Alkohol?** آیا الکل مینوشید؟  
 nie  هرگز manchmal  بعضی وقت täglich  روزانه

### Aktuelle Beschwerden

### علایم فعلی

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten Tagen?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تب
Husten	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Schwellung der Unterschenkel/ Füße / Beine	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Jucken	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und / oder der Haut	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Nachtschweiß	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Leistungsminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش توانایی
Hörminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اختلال خواب

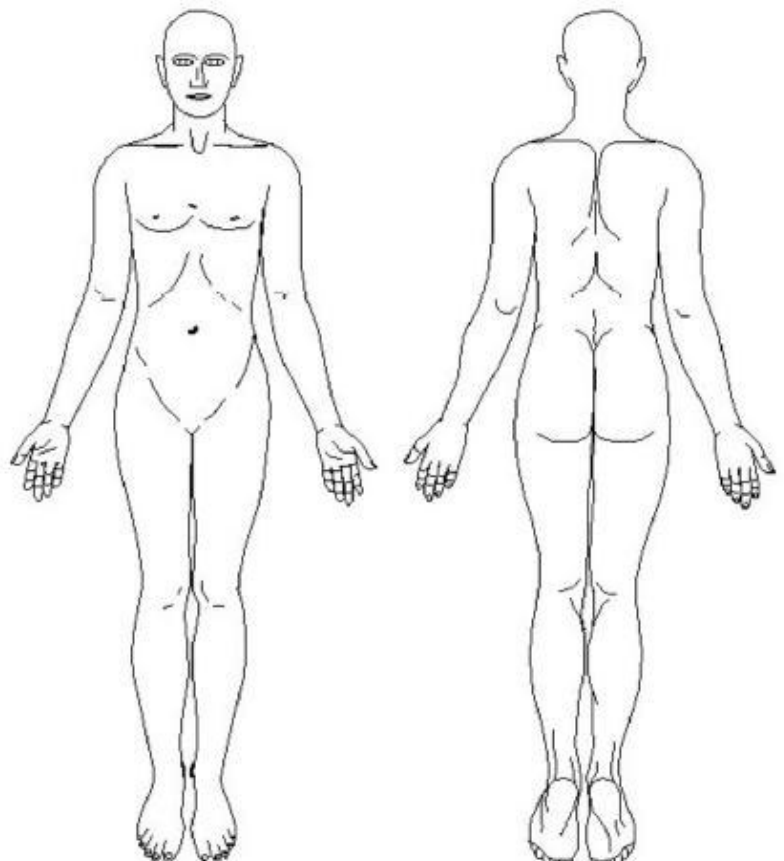
<b>Sind Sie schwanger?</b>	vielleicht <input type="checkbox"/> شاید	Nein <input type="checkbox"/> نخیر	Ja <input type="checkbox"/> بلی	آیا حامله هستید؟
Wie viele Geburten?				تعداد ولادت ها؟
Wie viele Schwangerschaften?				چند حاملگی؟
Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?				آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟
Wenn ja, wie viel Kilogramm?			اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, sich umzubringen?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟
--	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Haben Sie aktuell Schmerzen? Falls ja, wie oft?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر درد دارید؟ اگر بلی چندبار و چقدر؟
	selten <input type="checkbox"/>	بندرت	
	manchmal <input type="checkbox"/>	بعضی وقت	
	oft <input type="checkbox"/>	اکثراً	
	meistens <input type="checkbox"/>	بیشتر	
	immer <input type="checkbox"/>	همیشه	
Falls ja, wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 (keine Schmerzen) und 10 (maximale Schmerzen)?	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

Wo haben Sie Schmerzen? (Bitte einzeichnen mit einem Kreuz.)	کجا درد دارید؟ (لطفاً با چلیپا علامت بزنید.)
Wo haben Sie Wunden? (Bitte einzeichnen mit einem Kreis.)	کجا زخم دارید؟ (لطفاً با دایره علامت بزنید.)
Wo haben Sie Hautauffälligkeiten? (Bitte einzeichnen mit einem Viereck.)	کجا بروز پوستی دارید؟ (لطفاً با مربع علامت بزنید.)







## سابقه طبي مريض/ فورمه آنامنز

## Anamnesebogen

Datum: تاريخ

لطفاً در صورت امکان فورمه را با حروف و ارقام آلمانی پر نماييد.

لطفاً جواب مناسب را علامت بزنييد مانند اين مثال

Alter:	سن	Name:	اسم
Geschlecht:	weiblich / مونث <input type="checkbox"/>	männlich / مذکر <input type="checkbox"/>	جنس
Familienstand:	ledig / مجرد <input type="checkbox"/>	verheiratet / متاهل <input type="checkbox"/>	حالت مدنی
	verwitwet / بیوه <input type="checkbox"/>	geschieden / مطلقه <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein / نخیر <input type="checkbox"/>	ja / بلی <input type="checkbox"/>	طفل:
Zahl der Kinder:			تعداد اطفال:
Herkunftsland:			کشور اصلی:
Beruf im Herkunftsland:			شغل در کشور اصلی:
Zimmernummer in ZAST:			شماره اتاق ZAST:
Telefonnummer:			شماره تلفون:
Registrierungsnummer:			شماره ثبت اسم:

## Allgemeine Anamnese

## سوابق عمومی طبي

Welche Krankheiten haben oder hatten Sie?		کدام امراض ديگر داشته يا داريد؟		
<b>Herz</b>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	سکته قلبي	Herzschwäche <input type="checkbox"/>	ضعف قلبي
	andere <input type="checkbox"/>	ديگر مشکلات قلبي	Erkrankung der <input type="checkbox"/>	مشکل دريچه قلب
	Herzprobleme <input type="checkbox"/>		Herzklappen	
<b>Lunge</b>	andere <input type="checkbox"/>	ديگر مشکلات ريوي	Asthma <input type="checkbox"/>	آسما \ آسم
	Lungenerkrankung <input type="checkbox"/>			
<b>Magen</b>	Gastritis <input type="checkbox"/>	التهاب معده	Sodbrennen <input type="checkbox"/>	سوزش معده \ سوزش سر دل
<b>Leber</b>	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر	Leberzirrhose <input type="checkbox"/>	سيروز جگر
<b>Gallenblase</b>	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر امراض کيسه صفرا	Gallensteine <input type="checkbox"/>	سنگ سازي
<b>Darm</b>	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	همورويد \ بواسير
	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر	Hernie <input type="checkbox"/>	چره
<b>Harnblase/ Niere</b>	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	ضعف گرده	Nierenstein <input type="checkbox"/>	سنگ گرده
	andere Nieren-erkrankung <input type="checkbox"/>	ديگر امراض کليوي يا گرده	Blasen-entzündung <input type="checkbox"/>	التهاب مثانه
<b>Frauen</b>	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان سينه	Gebärmutter- krebs <input type="checkbox"/>	سرطان رحم
<b>Männer</b>	Vergrößerung der Prostata <input type="checkbox"/>	بزرگ شدن پروستات	Prostatakrebs <input type="checkbox"/>	سرطان پروستات

<b>Skelett</b>	Arthrose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	آرتروز دیگر	Rheumatismus Schäden der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	روماتیسم آسیب های ستون فقرات	<b>اسکلت</b>
<b>Krebs</b>	Krebs Chemotherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سرطان معالجه کیمیای	Strahlentherapie Krebs-Operation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پرتو جراحی سرطان	<b>سرطان</b>
<b>Nerven / Gehirn</b>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سکته مغزی دیگر	<b>اعصاب/مغز</b>
<b>Augen</b>	Glaukom	<input type="checkbox"/>	آب سیاه	Katarakt	<input type="checkbox"/>	آب مروارید	<b>چشم ها</b>
<b>Haut</b>	andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	دیگر امراض جلدی	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	پسوریازیس	<b>جلد</b>
<b>Schilddrüse</b>	Überfunktion	<input type="checkbox"/>	پرکاری	Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	کم کاری	<b>غده تیروئید</b>
<b>anderes</b>	Diabetes Muskelkrankheiten Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	شکر امراض عضلانی نمایل به خون ریزی	Bluthochdruck Thrombose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا ترومبوز دیگر	<b>دیگر</b>

<b>Welche Organe wurden operiert?</b>	کدام یک از اندامهای ذیل عمل شده است؟		
Lunge <input type="checkbox"/>	شش	Gallenblase <input type="checkbox"/>	کیسه صفرا
Herz <input type="checkbox"/>	قلب	Leber <input type="checkbox"/>	جگر
(weibl.) Brust <input type="checkbox"/>	پستان	Magen <input type="checkbox"/>	معه
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	رحم	Darm <input type="checkbox"/>	روده
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	سزارین	Blinddarm <input type="checkbox"/>	آباندیکس
Ausschabung <input type="checkbox"/>	کورتاژ	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	بواسیر / همورئید
Schädel <input type="checkbox"/>	جمجمه	Harnblase <input type="checkbox"/>	مثانه
Gelenke <input type="checkbox"/>	مفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	گرده
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	شکستگی استخوان	Prostata <input type="checkbox"/>	پروستات
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	ستون فقرات	Auge <input type="checkbox"/>	چشم
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	تیروئید

<b>Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal diagnostiziert?</b>	کدام یک از امراض عفونی ذیل در شما تشخیص داده شده است؟		
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	سیل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	هپاتیت
HIV / AIDS <input type="checkbox"/>	ایدس / HIV	Windpocken <input type="checkbox"/>	آبله مرغان
Röteln <input type="checkbox"/>	سرخچه	Masern <input type="checkbox"/>	سرخکان / سرخک

<b>Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?</b>	آیا حساسیت در شما تشخیص داده شده است؟		
Medikamente <input type="checkbox"/>	داروها / دواها	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	مواد غذایی
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Pollen <input type="checkbox"/>	گرده گل ها

<b>Sind bei Ihnen nach einer Impfung schon einmal allergische Reaktionen aufgetreten?</b>	آیا تا به حال در مقابل کدام واکسین حساسیت نشان داده اید؟		
ja <input type="checkbox"/>	بلی	nein <input type="checkbox"/>	نخیر

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** آیا به طور مرتب دارو \ دوا مصرف مینمایید؟  
 nein  نخبیر ja  بلی  
 Wenn ja, welche Medikamente? (notieren Sie diese im folgenden Abschnitt) (در قسمت زیر یادداشت نمایید.)

Menge abends / مقدار در عصرها	Menge mittags / مقدار در ظهرها	Menge am Morgen مقدار در صبح	Menge des Wirkstoffes / میزان ماده موثر	Name des Medikaments / نام دوا

**Nehmen Sie derzeit irgendwelche weitere Medikamente?** آیا هم اکنون از کدام دارو \ دوا دیگر مصرف مینمایید؟  
 nein  نخبیر ja  بلی  
 Wenn ja, welche Medikamente? اگر بلی کدام دواها؟


**Rauchen Sie?** سگریت میکشید؟  
 manchmal  یک پاکت یا بیش تر در روز  بعضی وقت  
 nie  هرگز täglich  روزانه  
**Trinken Sie Alkohol?** آیا الکل مینوشید؟  
 nie  هرگز manchmal  بعضی وقت täglich  روزانه

### Aktuelle Beschwerden

### علایم فعلی

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten Tagen?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تب
Husten	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Schwellung der Unterschenkel/ Füße / Beine	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Jucken	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und / oder der Haut	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Nachtschweiß	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Leistungsminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش توانایی
Hörminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اختلال خواب

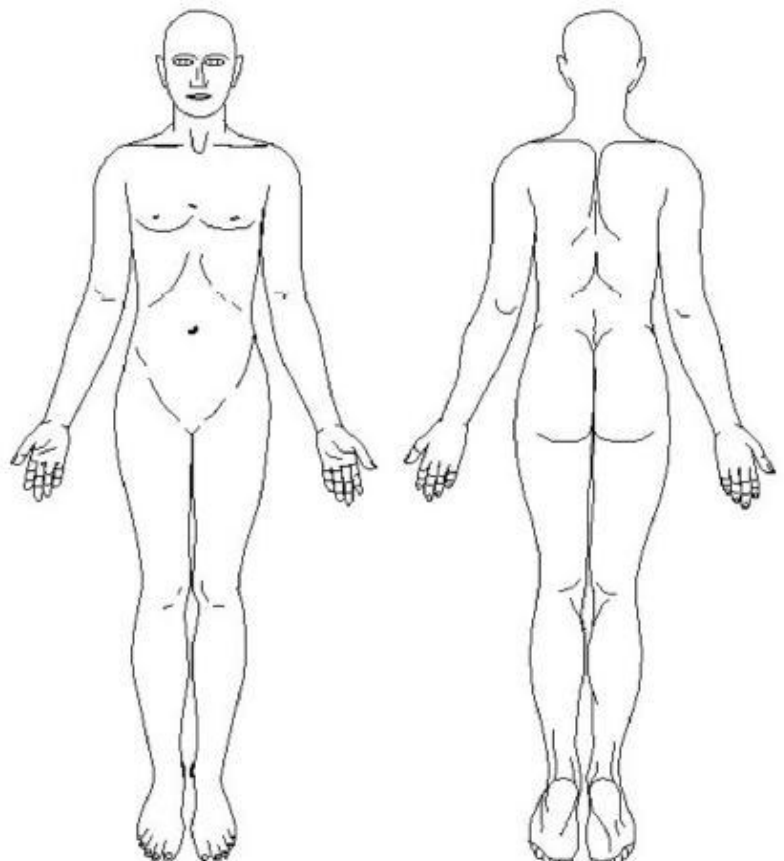
<b>Sind Sie schwanger?</b>	vielleicht <input type="checkbox"/> شاید	Nein <input type="checkbox"/> نخیر	Ja <input type="checkbox"/> بلی	آیا حامله هستید؟
Wie viele Geburten?				تعداد ولادت ها؟
Wie viele Schwangerschaften?				چند حاملگی؟
Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?				آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟
Wenn ja, wie viel Kilogramm?			اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, sich umzubringen?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟
--	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Haben Sie aktuell Schmerzen?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر درد دارید؟
Falls ja, wie oft?	selten <input type="checkbox"/> بندرت	manchmal <input type="checkbox"/> بعضی وقت	اگر بلی چندبار و چقدر؟
	oft <input type="checkbox"/> اکثراً	meistens <input type="checkbox"/> بیشتر	
	immer <input type="checkbox"/> همیشه		
Falls ja, wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 (keine Schmerzen) und 10 (maximale Schmerzen)?	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

Wo haben Sie Schmerzen? (Bitte einzeichnen mit einem Kreuz.)
کجا درد دارید؟ (لطفاً با چلیپا علامت بزنید.)
Wo haben Sie Wunden? (Bitte einzeichnen mit einem Kreis.)
کجا زخم دارید؟ (لطفاً با دایره علامت بزنید.)
Wo haben Sie Hautauffälligkeiten? (Bitte einzeichnen mit einem Viereck.)
کجا بروز پوستی دارید؟ (لطفاً با مربع علامت بزنید.)





## سابقه طبي مريض/ فورمه آنامنز

## Anamnesebogen

Datum: تاريخ

لطفاً در صورت امکان فورمه را با حروف و ارقام آلمانی پر نماييد.

لطفاً جواب مناسب را علامت بزنيد مانند اين مثال

Alter:	سن	Name:	اسم
Geschlecht:	weiblich / مونث <input type="checkbox"/>	männlich / مذکر <input type="checkbox"/>	جنس
Familienstand:	ledig / مجرد <input type="checkbox"/>	verheiratet / متاهل <input type="checkbox"/>	حالت مدنی
	verwitwet / بیوه <input type="checkbox"/>	geschieden / مطلقه <input type="checkbox"/>	
Kinder:	nein / نخیر <input type="checkbox"/>	ja / بلی <input type="checkbox"/>	طفل:
Zahl der Kinder:			تعداد اطفال:
Herkunftsland:			کشور اصلی:
Beruf im Herkunftsland:			شغل در کشور اصلی:
Zimmernummer in ZAST:			شماره اتاق ZAST:
Telefonnummer:			شماره تلفون:
Registrierungsnummer:			شماره ثبت اسم:

## Allgemeine Anamnese

## سوابق عمومی طبي

Welche Krankheiten haben oder hatten Sie?		کدام امراض ديگر داشته يا داريد؟	
<b>Herz</b>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	سکته قلبي	<b>قلب</b>
	andere <input type="checkbox"/>	ديگر مشکلات قلبي	
	Herzprobleme <input type="checkbox"/>		
<b>Lunge</b>	andere <input type="checkbox"/>	ديگر مشکلات ريوی	<b>شش</b>
	Lungenerkrankung <input type="checkbox"/>		
<b>Magen</b>	Gastritis <input type="checkbox"/>	التهاب معده	<b>معه</b>
		Sodbrennen <input type="checkbox"/>	سوزش معده / سوزش سر دل
<b>Leber</b>	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر	<b>جگر</b>
		Leberzirrhose <input type="checkbox"/>	سيروز جگر
<b>Gallenblase</b>	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر امراض کيسه صفرا	<b>کيسه صفرا</b>
		Gallensteine <input type="checkbox"/>	سنگ سازی
<b>Darm</b>	Krebs <input type="checkbox"/>	سرطان	<b>روده</b>
	anderes <input type="checkbox"/>	ديگر	
		Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	همورويد / بواسير
<b>Harnblase/ Niere</b>	Nierenschwäche <input type="checkbox"/>	ضعف گرده	<b>گرده/ مثانه</b>
	andere Nieren-erkrankung <input type="checkbox"/>	ديگر امراض کليوی يا گرده	
		Nierenstein <input type="checkbox"/>	سنگ گرده
		Blasen-entzündung <input type="checkbox"/>	التهاب مثانه
<b>Frauen</b>	Brustkrebs <input type="checkbox"/>	سرطان سينه	<b>خاتم ها</b>
		Gebärmutter- krebs <input type="checkbox"/>	سرطان رحم
<b>Männer</b>	Vergrößerung der Prostata <input type="checkbox"/>	بزرگ شدن پروستات	<b>آقايان</b>
		Prostatakrebs <input type="checkbox"/>	سرطان پروستات

<b>Skelett</b>	Arthrose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	آرتروز دیگر	Rheumatismus Schäden der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	روماتیسم آسیب های ستون فقرات	<b>اسکلت</b>
<b>Krebs</b>	Krebs Chemotherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سرطان معالجه کیمیای	Strahlentherapie Krebs-Operation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	پرتو جراحی سرطان	<b>سرطان</b>
<b>Nerven / Gehirn</b>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	صرع	Schlaganfall anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	سکته مغزی دیگر	<b>اعصاب/مغز</b>
<b>Augen</b>	Glaukom	<input type="checkbox"/>	آب سیاه	Katarakt	<input type="checkbox"/>	آب مروارید	<b>چشم ها</b>
<b>Haut</b>	andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	دیگر امراض جلدی	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	پسوریازیس	<b>جلد</b>
<b>Schilddrüse</b>	Überfunktion	<input type="checkbox"/>	پرکاری	Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	کم کاری	<b>غده تیروئید</b>
<b>anderes</b>	Diabetes Muskelkrankheiten Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	شکر امراض عضلانی تمایل به خون ریزی	Bluthochdruck Thrombose anderes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	فشار خون بالا ترومبوز دیگر	<b>دیگر</b>

<b>Welche Organe wurden operiert?</b>	کدام یک از اندامهای ذیل عمل شده است؟		
Lunge <input type="checkbox"/>	شش	Gallenblase <input type="checkbox"/>	کیسه صفرا
Herz <input type="checkbox"/>	قلب	Leber <input type="checkbox"/>	جگر
(weibl.) Brust <input type="checkbox"/>	پستان	Magen <input type="checkbox"/>	معد
Gebärmutter <input type="checkbox"/>	رحم	Darm <input type="checkbox"/>	روده
Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>	سزارین	Blinddarm <input type="checkbox"/>	آباندیکس
Ausschabung <input type="checkbox"/>	کورتاژ	Hämorrhoiden <input type="checkbox"/>	بواسیر / همورئید
Schädel <input type="checkbox"/>	جمجمه	Harnblase <input type="checkbox"/>	مثانه
Gelenke <input type="checkbox"/>	مفاصل	Niere <input type="checkbox"/>	گرده
Knochenbruch <input type="checkbox"/>	شکستگی استخوان	Prostata <input type="checkbox"/>	پروستات
Wirbelsäule <input type="checkbox"/>	ستون فقرات	Auge <input type="checkbox"/>	چشم
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Schilddrüse <input type="checkbox"/>	تیروئید

<b>Welche der folgenden Infektionskrankheiten wurde bei Ihnen schon einmal diagnostiziert?</b>	کدام یک از امراض عفونی ذیل در شما تشخیص داده شده است؟		
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	سبل	Hepatitis <input type="checkbox"/>	هپاتیت
HIV / AIDS <input type="checkbox"/>	ایدس / HIV	Windpocken <input type="checkbox"/>	آبله مرغان
Röteln <input type="checkbox"/>	سرخچه	Masern <input type="checkbox"/>	سرخکان / سرخک

<b>Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?</b>	آیا حساسیت در شما تشخیص داده شده است؟		
Medikamente <input type="checkbox"/>	داروها / دواها	Nahrungsmittel <input type="checkbox"/>	مواد غذایی
andere <input type="checkbox"/>	دیگر	Pollen <input type="checkbox"/>	گرده گل ها

<b>Sind bei Ihnen nach einer Impfung schon einmal allergische Reaktionen aufgetreten?</b>	آیا تا به حال در مقابل کدام واکسین حساسیت نشان داده اید؟		
ja <input type="checkbox"/>	بلی	nein <input type="checkbox"/>	نخیر

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** آیا به طور مرتب دارو \ دوا مصرف مینمایید؟  
 nein  نخبیر ja  بلی  
 Wenn ja, welche Medikamente? (notieren Sie diese im folgenden Abschnitt) (در قسمت زیر یادداشت نمایید.)

Menge abends / مقدار در عصرها	Menge mittags / مقدار در ظهرها	Menge am Morgen مقدار در صبح	Menge des Wirkstoffes / میزان ماده موثر	Name des Medikaments / نام دوا

**Nehmen Sie derzeit irgendwelche weitere Medikamente?** آیا هم اکنون از کدام دارو \ دوا دیگر مصرف مینمایید؟  
 nein  نخبیر ja  بلی  
 Wenn ja, welche Medikamente? اگر بلی کدام دواها؟


**Rauchen Sie?** سگریت میکشید؟  
 manchmal  یک پاکت یا بیش تر در روز  بعضی وقت  
 nie  هرگز täglich  روزانه  
**Trinken Sie Alkohol?** آیا الکل مینوشید؟  
 nie  هرگز manchmal  بعضی وقت täglich  روزانه

### Aktuelle Beschwerden

### علایم فعلی

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten Tagen?

کدام یک از مشکلات ذیل را در چند روز گذشته داشته اید؟

Fieber	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تب
Husten	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	سرفه
Atemnot	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مشکل در تنفس
Erbrechen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	استفراغ
Durchfall	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اسهال
Verstopfung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	قبضیت
Schwarzfärbung des Stuhls	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	مدفوع سیاه رنگ
Schmerzen beim Wasserlassen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن دردناک
Rotfärbung des Urins	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	رنگ سرخ ادرار
Nächtliches Wasserlassen	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	ادرار کردن شبانه
Schwellung der Unterschenkel/ Füße / Beine	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تورم ساق پاها و / یا پا
Jucken	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	خارش
Gelbfärbung der Augen und / oder der Haut	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	زردی چشم و / یا پوست
Nachtschweiß	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	عرق کردن مرتب شبانه
Leistungsminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش توانایی
Hörminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	کاهش شنوایی
Sehminderung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	تاری دید
Schlafstörung	Nein/نخبیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	اختلال خواب

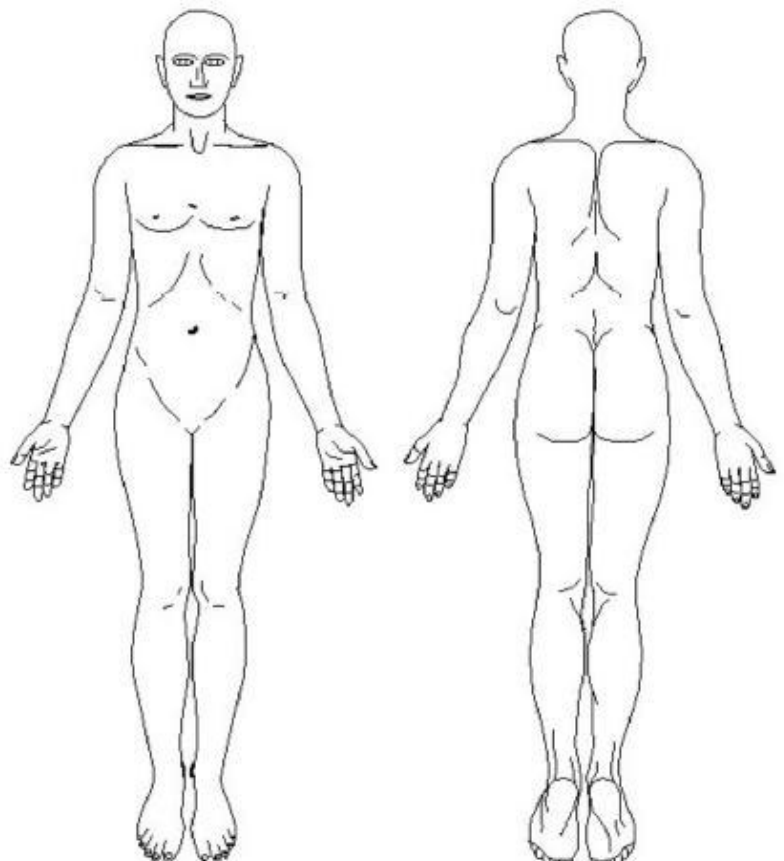
<b>Sind Sie schwanger?</b>	vielleicht <input type="checkbox"/> شاید	Nein <input type="checkbox"/> نخیر	Ja <input type="checkbox"/> بلی	آیا حامله هستید؟
Wie viele Geburten?				تعداد ولادت ها؟
Wie viele Schwangerschaften?				چند حاملگی؟
Vor wie vielen Wochen war Ihre letzte Regelblutung?				آخرین دوره حیض تا چند هفته پیش بوده است؟

Haben Sie in den letzten drei Monaten Gewicht verloren?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در 3 ماه گذشته وزن از دست داده اید؟
Wenn ja, wie viel Kilogramm?			اگر بلی چند کیلوگرم؟

Haben Sie in letzter Zeit darüber nachgedacht, sich umzubringen?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا اخیراً به خودکشی فکر نموده اید؟
--	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Haben Sie aktuell Schmerzen? Falls ja, wie oft?	Nein/نخیر <input type="checkbox"/>	Ja/بلی <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر درد دارید؟ اگر بلی چندبار و چقدر؟
	selten <input type="checkbox"/>	بندرت	
	manchmal <input type="checkbox"/>	بعضی وقت	
	oft <input type="checkbox"/>	اکثراً	
	meistens <input type="checkbox"/>	بیشتر	
	immer <input type="checkbox"/>	همیشه	
Falls ja, wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 (keine Schmerzen) und 10 (maximale Schmerzen)?	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		اگر بلی، درد خود را بین مقیاس 1 (بدون درد) تا 10 (حداکثر درد) را چقدر تخمین میکنید؟

Wo haben Sie Schmerzen? (Bitte einzeichnen mit einem Kreuz.)	کجا درد دارید؟ (لطفاً با چلیپا علامت بزنید.)
Wo haben Sie Wunden? (Bitte einzeichnen mit einem Kreis.)	کجا زخم دارید؟ (لطفاً با دایره علامت بزنید.)
Wo haben Sie Hautauffälligkeiten? (Bitte einzeichnen mit einem Viereck.)	کجا بروز پوستی دارید؟ (لطفاً با مربع علامت بزنید.)



نامه کوتاه داکتر

## **Kurzarztbrief**

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde:

نامه کوتاه داکتر

## **Kurzarztbrief**

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde:

نامه کوتاه داکتر

## **Kurzarztbrief**

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde:

نامه کوتاه داکتر

## **Kurzarztbrief**

Adresse des behandelnden Arztes:

Datum:

Name der Patientin/des Patienten:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Therapie:

Procedere:

Beigefügte Befunde: