

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 علم 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 : _____