



Ja

Nein

بله

نخیر

Gibt es Medikamente, die Sie auf keinen Fall erhalten dürfen? Haben Sie Allergien gegen Medikamente?

داروی هست که شما نباید بخورید یا به آن حساسیت داشته باشید؟

Gibt es Bekannte/Angehörige, die wir anrufen sollen?

کسی را دارید که ما بتوانیم به ایشان خبر بدهیم؟

Gibt es Bekannte/ Angehörige, die Deutsch sprechen?

کسی را دارید که آلمانی صحبت کند؟

Bitte schreiben Sie die Telefonnummer auf:

لطفا شماره تلفن ایشان را بنویسید

Schmerzen

Haben Sie Schmerzen?

درد دارید؟

Magen/Darm Trakt

Haben Sie häufig Sodbrennen?

سوزش معده زیاد پیش می آید؟

Ist Ihnen übel?

آیا حالت تهوع دارید یا احساس ناراحتی می کنید؟

Haben Sie erbrochen?

استفراغ کردید؟

Haben Sie Blut erbrochen?

آیا خون استفراغ کردید؟

Haben Sie Durchfall?

آیا اسهال دارید؟

Leiden Sie unter Verstopfung?

آیا شما از بیوست رنج می برند؟

Haben Sie Blut im Stuhlgang bemerkt?

آیا در مدفوع شما خون دیدید؟

Kardiale und pulmonale Beschwerden

Haben Sie Luftnot?

آیا نفس تنگی داشتید یا دارید؟



Ja

Nein

بله

نخیر

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Haben Sie Brustschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا قفسه سینه شما درد میکند؟ |
| Haben Sie Herzrasen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا تپش قلب دارید؟ |
| Waren Sie in letzter Zeit bewusstlos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا این چند وقت بی هوش شدید؟ |
| Hatten Sie jemals zuvor Wasser in den Beinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا در گذشته پاهای ورم کرده داشتید؟ |
| Ist Ihnen schwindelig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا سرگیجه دارید؟ |
| Sind Sie schwächer als gewohnt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا ضعیفتر از قبل هستید؟ |

Nephrologie, Urologie

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Mussten Sie in letzter Zeit häufig Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نسبت به قبل بیشتر ادرار میکنید؟ |
| Mussten Sie in letzter Zeit selten Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | نسبت به قبل کمتر ادرار میکنید؟ |
| Haben Sie Schmerzen beim Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | وقتی که ادرار می کنید درد دارید؟ |
| Brennt es beim Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا هنگام ادرار کردن سوزش دارید؟ |
| Haben Sie Blut im Urin/Harn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ادرار تان خون دارد؟ |
| Müssen Sie häufig in der Nacht Harn/Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا در طول شب باید ادرار کنید؟ |

Allgemeine Beschwerden

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Haben Sie Husten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا سرفه می کنید؟ |
| Haben Sie Husten mit Auswurf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا وقتی که سرفه می کنید با خلط است؟ |
| Haben Sie Fieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا تب دارید؟ |
| Frieren Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | احساس سردی دارید؟ |
| Haben Sie Halsschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا گلو درد دارید؟ |



Ja

Nein

بله

نخیر

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Haben Sie häufig Fieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بیشتر اوقات تب دارید؟ |
| Wachen Sie häufig nachts auf, weil Sie sehr verschwitzt sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بخاطر عرق کردن شدید در طول شب بیدار میشوید؟ |
| Leiden Sie unter Appetitlosigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بی اشتها هستید؟ |
| Haben Sie in letzter Zeit deutlich an Gewicht verloren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | در این اواخر وزن کم کردید؟ |

Vorerkrankungen

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تا به حال سکته قلبی کردید؟ |
| Hatten Sie jemals einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کدام وقتی سکته مغزی کردید؟ |
| Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | گاهی وقت حمله ناگهانی داشتید؟ |
| Ist bei Ihnen ein Herzfehler bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا شما بیماری قلبی دارید؟ |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا دریچه مصنوعی قلب دارید؟ |
| Wurde Ihnen eine Niere transplantiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کلیه شما پیوند شده است؟ |
| Wurde Ihnen ein Herz transplantiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | قلب شما پیوند شده؟؟ |
| Wurde Ihnen ein Organ transplantiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | پیوند عضو بدن داشتید؟ |
| Wurde Ihnen der Blinddarm entnommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | عمل آپندیس شده اید؟ |
| Haben Sie einen Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مرض قند دارید؟ |
| Spritzen Sie Insulin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | انزولین مصرف میکنید؟ |
| Haben Sie HIV/AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (ایدز) دارید؟ HIV/AIDS آیا شما |
| Haben Sie Tuberculose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بیماری سل یا توبرکولوز دارید یا داشتید؟ |



Ja

Nein

بله

نخیر

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Haben Sie eine Hepatitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هپاتیت دارید یا داشتید؟ |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | دایم یا روزانه دارو مصرف میکنید؟ |
| Wurde Ihnen eine regelmäßige Medikation verschrieben, die Sie in der letzten Zeit aber nicht mehr eingenommen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا دارویی است که همیشه مصرف میکردید و در این اواخر مصرف نکرده اید؟ |
| Können Sie aufschreiben, wie die Medikamente heißen? Haben Sie noch einige Ihrer Medikamente dabei und können sie uns zeigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | میتوانید نام داروهایی را که مصرف می کردید یا می کنید را بنویسید؟ کدام دارو را همراه خود دارید که به ما نشان بدهید؟ |
| Diuretika/ Wassermedikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | داروهای ادرارآور |
| Blutverdünner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | داروی پادبند و یا ضد انعقاد |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آرام بخش |
| Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | داروهای ضدفشارخون |
| Magenschutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | داروی ضد زخم معده |
| Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | داروهای اعصاب و روان |
| Immunsuppressiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | آیا داروهایی برای تضعیف دستگاه ایمنی استفاده می کنید؟ |
| Schilddrüsenmedikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | داروی تیروئید استفاده می کنید؟ |
| Cortison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | کورتیزون |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | انتی بیوتیک |
| Kontrazeptiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | قرص های ضد بارداری |

Neurologie

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Tut der Kopf weh? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | سردرد دارید؟ |
| Stören Sie laute Geräusche und Licht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | روشنایی و یا صدا شما را اذیت میکند؟ |



Ja

Nein

بله

نخیر

Haben Sie Sehstörungen bemerkt?

Haben Sie bemerkt, dass Sie schlechter hören können als gewohnt?

مشکل بینایی دارید؟

متوجه شده اید که نسبت به گذشته شنوایی شما کمتر شده است؟

Geburtshilfe

Sind Sie schwanger?

Ist dies Ihre erste Schwangerschaft?

Gab es in den letzten Schwangerschaften Probleme?

باردار هستید؟

این اولین باری است که شما حامله هستید؟

در آخرین حاملگی خود چه مشکلاتی داشته اید؟

Risikoprofil

Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol?

Nehmen Sie Drogen?

Brauchen Sie psychologische Hilfe?

Können Sie nachts schlafen?

Gibt es sehr wichtige Dinge, die Sie uns nur über einen Dolmetscher mitteilen können?

Haben Sie noch Fragen?

سیگار میکشید؟

آیا الکل می نوشید؟

مواد استفاده میکنید؟

به کمک روانی نیاز دارید؟

میتوانید در شب بخوابید؟

آیا به خاطر اطلاعات مهمی را که تا حالا نتوانستید بگید به یک مترجم نیاز دارید؟

آیا سوال مهم دیگری دارید؟



Diese Übersetzungsliste wurde mit bestem Wissen und Gewissen erstellt, um Menschen im medizinischen Kontext in ihrer Kommunikation zu unterstützen. Sie stellt keinen Ersatz für die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen dar.

Zwischen der Doctopia UG (haftungsbeschränkt) und den VerwenderInnen kommt kein Vertrag zustande. Die Doctopia UG (haftungsbeschränkt) und die AutorInnen übernehmen keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Übersetzungen.

Diese Liste wird kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die VerwenderInnen haben die Entscheidung über die Richtigkeit und Zweckmäßigkeit der Verwendung zu verantworten.

**Korrekturen?
Fragen?
Vorschläge?
Kommentare?
listen@doctopia.de**

VERANTWORTLICH FÜR DEN INHALT
NACH § 55 ABS. 2 RSTV:
Dr. med. Philipp Lacour
DOCTOPIA UG (haftungsbeschränkt)
Eißholzstraße 22
10781 Berlin

weitere Informationen:
<https://www.doctopia.de/impressum-100.html>