



لطفا پرسشنامه را پر کنید. به تمام سوالها به طور کامل جواب دهید صرف نظر از اینکه این سوالها را برای مشکل خود مهم میدانید یا نه.

Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

1. پست الکترونیک نام و نام خانوادگی E-mail
تلفن / همراه وضعیت تاهل Tel./Handy
فرزند شغل / محل کار Beruf/Firma Kinder

2. لطفا بیماری خود را توضیح دهید. 2. Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

3. چه بیماریهای دیگری دارید؟ (رجوع کنید به پانین) 3. Welche anderen Krankheiten haben Sie? (siehe auch Liste)

4. چه عمل جراحی تا به حال داشته اید؟ (رجوع کنید به پانین) 4. Welche Operationen hatten Sie? (siehe auch Liste)

Herz • قلب Fehlar Blut • فشار خون Bluthochdruck • مغز Schlaganfall • لخته خونی در رگ Thrombose • Zucker • قند مرض قند
 Galle • کیسه صفرا Leber • کبد Schilddrüse • غده تیروئید Magen • معده Hepatitis • هپاتیت
 Darm • روده آپاندیس Blinddarm • بواسیر Hämorrhoiden • سینه Brust • Gebärmutter • رحم Prostata • غده پروستات
 Aussabung • سزارین Kaiserschnitt • کلیه Niere • مثانه Blase • کورتاز • ریه Lunge • آسم Asthma • اعصاب Nerven • ماهیچه ها Muskeln • استخوانها Knochen
 Wirbelsäule • ستون فقرات Gelenke • مفاصل Arthrose • آرتروز • روماتیسم Rheuma • شکستگی استخوان Knochenbruch • پوست Haut • چشم Augen • غده Tumor • اشعه درمانی Bestrahlung
 Chemotherapie • شیمی درمانی andere • دیگر

5. در حال حاضر چه داروهایی مصرف میکنید؟ 5. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

6. به چه چیزهایی حساسیت دارید؟ 6. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

دارو Medikamente مواد غذایی Nahrungsmittel
گردنه شکوفه Pollen دیگر andere

7. آیا شما مشکل بیوست • Verstopfung اسهال دارید • Durchfall؟ 7. Neigen Sie zu

8. وزن سانتیمتر Körpergröße cm • کیلو Kilogramm Körpergewicht kg
کاهش وزن؟ کیلو Gewichtszunahme kg • افزایش وزن؟
از چه وقت؟ (از چه وقت؟) Seit wann?

9. سیگار میکشید؟ Wie viel? 9. Rauchen Sie?

10. چقدر الکل مینوشید؟ 10. Wie viel Alkohol trinken Sie?

11. چه واکسنهایی تا به حال زده اید؟ 11. Welche Impfungen haben Sie?

اگر دفترچه واکسن / پیشگیری دارید، همراه خود بیاورید! Impfpass – Vorsorgeheft – Bringen Sie es mit!

12. آیا در خانواده شما بیماریهای ارثی، غدد و یا متابولیسمی (مثل مرض قند) وجود دارد؟ 12. Gibt es Erb-, Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?

Krankheiten

۳. چه بیماریهای دیگری دارید؟

.....

.....

.....

Operationen

۴. چه عمل جراحی تا به حال داشته اید؟

.....

.....

.....

Medikamente

۵. در حال حاضر چه داروهایی مصرف میکنید؟

.....

.....

.....

Sonstiges

دیگر

.....

.....

.....

Fax +49 (0) 7 11 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter www.tipdoc.de oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.
Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!



Kostenloser Download unter www.medi-bild.de **Bild und Sprache e.V.**

setzer
verlag | Seyfferstraße 53, 70197 Stuttgart, www.setzer-verlag.de, info@setzer-verlag.de