

Geschützt durch das Urheberrechtsgesetz (UrhG). Nutzung, Vervielfältigung und Verbreitung nur im Rahmen der gültigen Lizenzrechte/Nutzungsbedingungen gestattet. Weitere Informationen: <http://migralang.de>

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

Name, Vorname/Surname, forename _____

ID/ _____

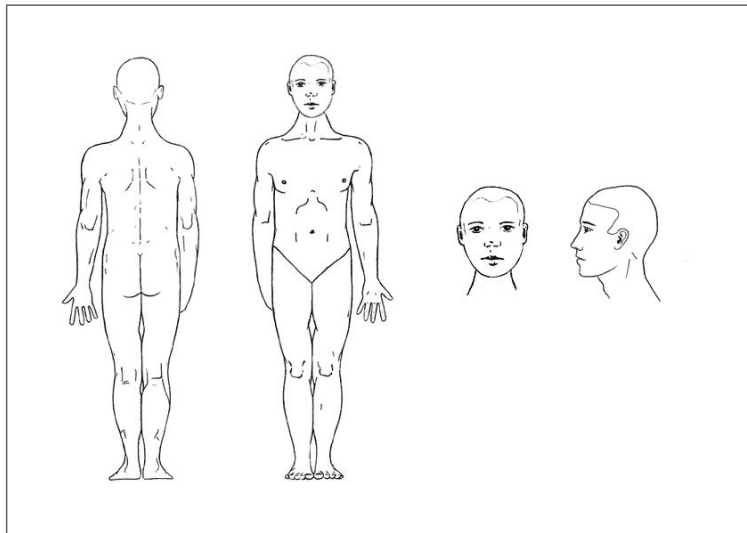
Welche Beschwerden haben Sie, was ist Ihnen passiert? Kreuzen Sie bitte die Antworten an, die auf Sie zutreffen oder zeigen Sie mit dem Finger darauf. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

What problems do you have, what happened to you? Please mark the answers which apply to you or point to them with your finger. Thank you very much for your cooperation.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich hatte einen Verkehrsunfall | <input type="checkbox"/> I had a traffic accident |
| <input type="checkbox"/> Ich habe mich verletzt | <input type="checkbox"/> I injured myself |
| <input type="checkbox"/> Ich habe mich geschnitten/gestoßen/geprellt | <input type="checkbox"/> I cut/knocked/bruised myself |
| <input type="checkbox"/> Ich habe starke Schmerzen | <input type="checkbox"/> I am in severe pain |
| <input type="checkbox"/> Ich habe hohes Fieber | <input type="checkbox"/> I am running a temperature |

Wo haben Sie sich verletzt? Zeigen Sie mir bitte Ihre Verletzungen!

Where did you hurt yourself? Please show me your injuries!



Wann ist der Unfall/die Verletzung passiert?

When did the accident/the injury happen?

Vor ago
Stunden	hours ago
Tagen	days ago

Ist Ihnen schwindlig?

Do you feel dizzy?

- | | |
|------|---------------------------|
| Ja | <input type="radio"/> Yes |
| Nein | <input type="radio"/> No |

Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?

Did you lose consciousness?

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| Ja | <input type="radio"/> Yes |
| Nein | <input type="radio"/> No |
| Weiss nicht | <input type="radio"/> Don't know |

Haben Sie sich erbrochen?Ja Nein **Did you vomit?**Yes No **Sind Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?**Ja Nein Weiss nicht **Are you vaccinated against tetanus?**Yes No Don't know **Haben Sie etwas zu sich genommen, wie ...**Verdorbene Speisen Alkohol zu viel Tabletten/Medikamente Welche Tabletten/Medikamente?
Did you eat or take anything such as:spoiled food alcohol too many pills/too much medicine Which pills/medicine?
Drogen drugs, narcotics **Falls Drogen genommen... welche Drogen waren das?**Marihuana Haschisch Kokain Synthetische Drogen (Ecstasy, LSD) Heroin andere Droge **In case you took narcotics ... which drugs did you take?**marijuana hashish cocaine synthetic drugs (Ecstasy, LSD) heroin other drug **Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**Blutgerinnungshemmende Mittel Aspirin, ASS Mittel gegen Diabetes (Zuckerkrankheit) Mittel gegen Bluthochdruck Herzmedikamente Schmerzmittel Schlafmittel, Beruhigungsmittel Mittel gegen Asthma Mittel gegen erhöhte Blutfettwerte **Which of the following medications do you take regularly?**anticoagulants, bloodthinning medication aspirin diabetes medication high blood pressure medication heart medication pain medication sleeping pills, tranquilizer asthma medication cholesterol lowering medication **Wenn möglich, zeigen Sie mir bitte die Packung, geben Sie die Dosierung an oder schreiben Sie den Namen des Medikaments auf.****If possible, please show me the package, tell me the dose or write down the name of the medication.**

Geschützt durch das Urheberrechtsgesetz (UrhG). Nutzung, Vervielfältigung und Verbreitung nur im Rahmen der gültigen Lizenzrechte/Nutzungsbedingungen gestattet. Weitere Informationen: <http://migralang.de>

Leiden Sie zurzeit unter ...

- Bluthochdruck
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Krebserkrankung
- Hepatitis
- Herzkrankheit
- HIV/AIDS
- Tuberkulose

Do you currently suffer from any of the following ...

- high blood pressure
- diabetes
- cancer
- hepatitis
- heart disease
- HIV/AIDS
- tuberculosis

Könnten Sie schwanger sein?

- Ja
- Nein

Could you possibly be pregnant?

- Yes
- No

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen bekannt?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, worauf?
- _____
- auf Röntgenkontrastmittel
- _____
- auf Medikamente
- _____
- Wenn ja, welches?
- _____

Do you have any allergies or intolerances?

- Yes
- No
- If yes, to what?
- _____
- x-ray contrast medium
- _____
- drugs, medication
- _____
- If yes, to which medication?
- _____

Sind Sie vor kurzem operiert worden?

- Ja
- Nein

Have you recently had an operation?

- Yes
- No

Tragen Sie einen...

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Metallimplantat (Stent oder Gelenkendoprothese)

Were you fitted with a...

- pace maker
- defibrillator
- metal implant (stent or prosthetic device)

Datum/Date _____

Unterschrift/Signature _____