

MIGRALANG

Diakonisches Werk
Teltow-Fläming e. V.

Name, Vorname/الأول الاسم, العائلة اسم

ID/

Welche Beschwerden haben Sie, was ist Ihnen passiert? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft. Sie können mehrere Antworten ankreuzen - oder zeigen Sie mit dem Finger darauf.

- Ich habe Atemnot.
- Ich habe akute Kreislaufstörungen / Herzprobleme.
- Ich habe starke Schmerzen.
- Ich habe eine allergische Reaktion.
- Ich habe mich gestoßen / geprellt / gequetscht.
- Ich habe hohes Fieber.
- Ich habe mich verbrannt / verbrüht.
- Ich habe eine Schwangerschaftskomplikation.
- Ich habe eine Vergiftung.
- Ich hatte einen Unfall.

Wenn Sie einen Unfall hatten, was ist passiert?

- Verkehrsunfall
- Stromschlag
- Sturz aus der Höhe (z.B. von einer Leiter)
- Sturz ebenerdig (z.B. auf glattem Boden ausgerutscht)
- körperliche Gewalteinwirkung
- von einem Gegenstand getroffen worden
- auf einen Gegenstand aufgeschlagen

Können Sie sich daran erinnern, was vor dem Unfall passiert ist?

- Ja
- Nein

Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?

- Ja
- Nein

Wo haben Sie Beschwerden? Sie können die Körperregionen ankreuzen ODER Sie zeigen mit dem Finger darauf.

- Kopf
- Brust
- Bauch
- Unterleib
- Arme
- Rücken
- Beine

رجاء إطلاعنا على المشكلة الصحية التي حدثت لك؟ ضع علامة أمام الأعراض التي تعاني منها، مع العلم أنه يمكنك وضع علامة أمام أكثر من عرض - أو الإشارة بإصبعك.

- أعاني صعوبة في التنفس
- أعاني مشاكل شديدة في القلب/الأوعية الدموية
- أعاني ألمًا شديدًا
- أعاني حساسية
- تعرض جزء من جسمي لكدمات أو رضوض أو انسحاق
- درجة حرارتي مرتفعة
- تعرضت لحروق من لهب أو سوائل أو غيره
- أعاني من أحد مضاعفات الحمل
- تعرضت للتسمم
- تعرضت لحادث

إذا كان ما تعرضت له حادث، فماذا طبيعة هذا الحادث؟

- حادث مروري
- صدمة كهربائية
- سقطت من مرتفع (من سلم مثلاً)
- سقطت من المستوى الأرضي (انزلقت وسقطت مثلاً)
- عنف جسدي
- تعرضت للضرب بشيء
- اصطدمت بشيء

هل يمكنك أن تتذكر ما حدث قبل الحادث؟

- نعم
- لا
- هل فقدت الوعي؟

- نعم
- لا

أين موضع الألم؟ ضع علامة على اسم مكان الألم أو أشر بإصبعك.

- الرأس
- الصدر
- المعدة
- البطن
- الذراعين
- الظهر
- الأرجل

**Trifft von den folgenden Aussagen etwas auf Sie zu?
Bitte geben Sie alle Antworten an, die zutreffen.**

Kopf

- Mir ist schwindlig.
- Ich habe Sehstörungen.
- Ich habe Kopfschmerzen.
- Ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen.

Brust

- Ich habe Schmerzen beim Atmen.
- Ich habe Schmerzen hinter dem Brustbein.
- Ich habe Schmerzen an den Rippen.
- Ich habe ein Engegefühl im Brustkorb.

Bauch / Unterleib

- Ich habe mich erbrochen.
- Ich habe Durchfall.
- Mir ist schlecht.
- Ich habe Schmerzen in der Seite.

Arme und Beine

- Ich habe eine Gefühlsstörung in den Armen (Kribbeln, Gefühllosigkeit, Kältegefühl).
- Ich kann einen Arm nicht richtig bewegen.
- Ich habe eine Gefühlsstörung in den Beinen (Kribbeln, Gefühllosigkeit, Kältegefühl).
- Ich kann ein Bein nicht richtig bewegen.

Wie empfinden Sie die Schmerzen? Bitte geben Sie alle Antworten an, die zutreffen.

- brennend
- klopfend, pochend
- krampfartig
- ziehend
- stechend
- dumpf, drückend

Seit wann haben Sie Schmerzen?

- seit ___ Stunden
- seit ___ Tagen

Sind die Schmerzen plötzlich eingetreten?

- Ja
- Nein

**Vergiftung
Um was für eine Art von Vergiftung handelt es sich?**

- verdorbene Speisen

هل تنطبق الأعراض التالية عليك؟ ضع علامة أمام الإجابات المناسبة.

الرأس

- دوخة
- مشكلة في الرؤية
- صداع
- صعوبة في الكلام

الصدر

- ألم عند التنفس
- ألم وراء عظمة القص
- ألم في الأضلاع
- انقباض في الصدر

المعدة/البطن

- قيء
- إسهال
- اعتلال في الصحة
- ألم في جانب الجسم

الذراعين والأرجل

- إحساس غريب في الذراعين (وخز، تنميل، برودة)
- العجز عن تحريك أحد الذراعين بشكل مناسب
- إحساس غريب في الأرجل (وخز، تنميل، برودة)
- العجز عن تحريك أحد الأرجل بشكل مناسب

ما نوع الألم؟ ضع علامة على كافة الإجابات المناسبة.

- حارق
- نابض/متكرر
- على هيئة تشنجات/تقلصات
- انخلاع
- طعن
- أصم، ضاغط

منذ متى وأنت تشعر بهذا الألم؟

- منذ ___ ساعة
- منذ ___ يوم/أيام

هل بدأ الألم بشكل مفاجئ؟

- نعم
- لا

التسمم - ما نوع التسمم الذي لديك؟

- غذاء ملوث

Alkohol	<input type="checkbox"/>	كحوليات
zu viele Tabletten/Medikamente	<input type="checkbox"/>	الإفراط في تناول حبوب أو أدوية معينة
Rattengift	<input type="checkbox"/>	سم فئران
Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/>	سائل تنظيف
Drogen	<input type="checkbox"/>	عقاقير/مخدرات
Tabak	<input type="checkbox"/>	التبغ
Schlangengift (Bisswunde)	<input type="checkbox"/>	سم ثعابين (جرح ناجم عن لدغة ثعبان)
Spinnen- oder Insektengift	<input type="checkbox"/>	سم عنكبوت أو حشرات
Pilze	<input type="checkbox"/>	فطر
Schädlingsbekämpfungsmittel	<input type="checkbox"/>	مبيد حشري
Pflanze	<input type="checkbox"/>	نباتات
ätzende Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	سوائل كاوية
unbekannte Chemikalie	<input type="checkbox"/>	كيماويات مجهولة

Wann haben Sie zuletzt etwas gegessen?

vor ___ Stunden

متى كانت آخر مرة تناولت فيها شيئاً؟

منذ ___ ساعة/ساعات

Sind Sie schwanger?

Ja

نعم

Nein

لا

Weiss nicht

لا أعرف

هل أنتِ حامل؟

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

in der ___ Woche

في أي أسبوع من أسابيع الحمل؟

في الأسبوع رقم ___

Haben Sie Blutungen?

Ja

نعم

Nein

لا

هل كنت تنزفين؟

Haben Sie Fruchtwasser verloren?

Ja

نعم

Nein

لا

هل تمرّق غشاءك الأمينوسي؟ (بخروج ماء أبيض)

Haben Sie Wehen?

Ja

نعم

Nein

لا

هل حدثت لك انقباضات؟

In welchem Zeitabstand kommen die Wehen?

كم مرة يأتيك الألم؟

alle ____ Minuten

كل ____ دقيقة

Datum/

Unterschrift/