

Name, Vorname/Surname, forename

ID/

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

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.

What's the problem, what happened? Please tick the boxes that apply. You can tick as many answers as you like - or point with your finger.

- I'm short of breath.
- I have severe circulatory / heart problems.
- I'm in severe pain.
- I'm having an allergic reaction.
- I knocked / bruised / squashed a part of my body.
- I've got a high temperature.
- I burned / scalded myself.
- I've got a pregnancy complication.
- I've been poisoned.
- I had an accident.

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

If it was an accident, what happened?

- traffic accident
- electric shock
- I fell from a height (e.g. from a ladder).
- I fell from ground level (e.g. slipped and fell).
- physical violence
- I was hit by an object.
- I hit an object.

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

- Ja
- Nein

Can you remember what happened before the accident?

- Yes
- No

Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?

- Ja
- Nein

Did you lose consciousness?

- Yes
- No

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

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

Where does it hurt? Tick the part of the body or point with your finger.

- head
- chest
- stomach
- abdomen
- arms
- back
- legs

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

**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

**Do any of the following statements apply to you?
Please tick all appropriate answers.**

- Head
- I'm dizzy.
- I have trouble seeing.
- I have a headache.
- I have trouble speaking.
- Chest
- It hurts when I breathe.
- It hurts behind my breastbone.
- It hurts in my ribs.
- My chest feels cramped.
- Stomach / abdomen
- I vomited.
- I have diarrhoea.
- I feel sick.
- I have pains in my side.
- Arms and legs
- I have a strange feeling in my arms (prickling, numbness, cold).
- I can't move one arm properly.
- I have a strange feeling in my legs (prickling, numbness, cold).
- I can't move one leg properly.

What does the pain feel like? Please tick all appropriate answers.

- burning
- beating, throbbing
- spasms
- dragging
- stabbing
- dull, pressing

How long have you felt this pain?

- _____ for ___ hours
- _____ for ___ days

Did the pain start suddenly?

- Yes
- No

**Poisoning
What type of poisoning do you have?**

- spoiled food

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

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Alkohol | <input type="checkbox"/> | alcohol |
| zu viele Tabletten/Medikamente | <input type="checkbox"/> | too many pills / too much medication |
| Rattengift | <input type="checkbox"/> | rat poison |
| Reinigungsmittel | <input type="checkbox"/> | cleaning agent |
| Drogen | <input type="checkbox"/> | drugs |
| Tabak | <input type="checkbox"/> | tobacco |
| Schlangengift (Bisswunde) | <input type="checkbox"/> | snake venom (bite wound) |
| Spinnen- oder Insektengift | <input type="checkbox"/> | spider or insect venom |
| Pilze | <input type="checkbox"/> | mushrooms |
| Schädlingsbekämpfungsmittel | <input type="checkbox"/> | insecticide |
| Pflanze | <input type="checkbox"/> | plants |
| ätzende Flüssigkeit | <input type="checkbox"/> | corrosive liquid |
| unbekannte Chemikalie | <input type="checkbox"/> | unknown chemicals |

Wann haben Sie zuletzt etwas gegessen?

When did you last eat something?

vor ___ Stunden	<input type="text"/>	___ hours ago
-----------------	----------------------	---------------

Sind Sie schwanger?

Are you pregnant?

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

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

In which week of pregnancy are you?

in der ___ Woche	<input type="text"/>	in the ___ week
------------------	----------------------	-----------------

Haben Sie Blutungen?

Have you been bleeding?

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

Haben Sie Fruchtwasser verloren?

Has your water broke?

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

Haben Sie Wehen?

Do you have contractions?

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

In welchem Zeitabstand kommen die Wehen?

How often do the pains come?

alle ____ Minuten

every ____ minutes

Datum/Date

Unterschrift/Signature