

Name, Vorname/

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.

**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

**De quoi souffrez-vous, qu'est ce que vous avez eu ? Veuillez cocher tout ce qui vous concerne. Vous pouvez cocher plusieurs réponses - ou vous me montrez avec le doigt l'endroit où vous avez mal.**

- J'ai des crises d'étouffement (dyspnée).
- J'ai de graves troubles circulatoires / des problèmes cardiaques.
- J'ai de fortes douleurs.
- J'ai une réaction allergique.
- Je me suis cogné / je suis meurtri / j'ai des contusions.
- J'ai beaucoup de fièvre.
- Je me suis brûlé / ébouillanté.
- J'ai des complications au niveau de ma grossesse.
- J'ai une intoxication.
- J'ai eu un accident.

**Si vous avez eu un accident, que s'est-il passé ?**

- accident de la circulation
- décharge électrique
- chute de hauteur (par ex. d'une échelle)
- chute au niveau du sol (par ex. vous avez glissé sur un sol lisse)
- traces de violence sur le corps
- vous avez été heurté par un objet
- vous êtes tombé sur un objet

**Est-ce que vous vous souvenez de ce qui s'est passé avant l'accident ?**

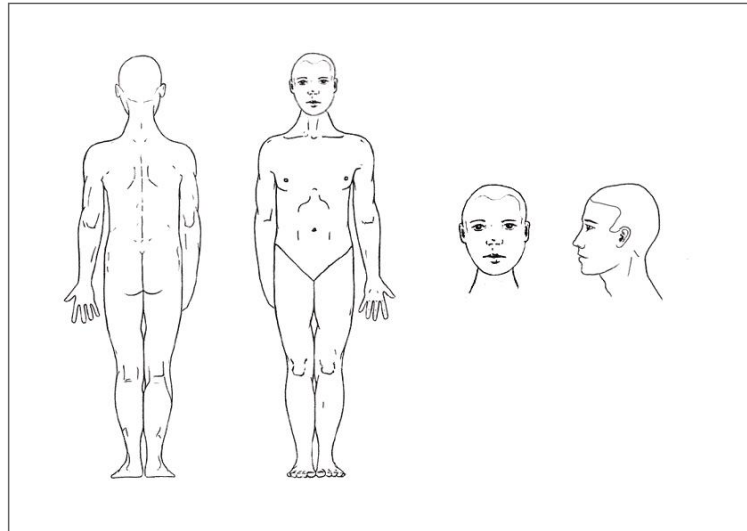
- Oui
- Non

**Avez-vous été entre-temps inconscient ?**

- Oui
- Non

**Où avez-vous mal ? Vous pouvez cocher les parties du corps OU vous me les montrez avec votre doigt.**

- tête
- poitrine
- ventre
- abdomen
- bras
- dos

Beine  jambes

**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

**Parmi les faits indiqués ci-après, lesquels vous  
concernent ? Veuillez donner toutes les réponses qui  
vous concernent.**

**Tête**

\_\_\_\_\_ J'ai des vertiges.

\_\_\_\_\_ J'ai des troubles visuels.

\_\_\_\_\_ J'ai mal à la tête.

\_\_\_\_\_ J'ai de la difficulté à parler.

**Poitrine**

\_\_\_\_\_ J'ai mal quand je respire.

\_\_\_\_\_ J'ai mal derrière le sternum.

\_\_\_\_\_ J'ai mal aux côtes.

\_\_\_\_\_ Je me sens oppressé au niveau de la cage thoracique.

**Ventre / Abdomen**

\_\_\_\_\_ J'ai vomi.

\_\_\_\_\_ J'ai la diarrhée.

\_\_\_\_\_ Je ne me sens pas bien.

\_\_\_\_\_ J'ai des douleurs sur le côté.

**Bras et jambes**

\_\_\_\_\_ Je sens des choses étranges dans mes bras  
(picotements, insensibilité, sensation de froid).

\_\_\_\_\_ Je ne peux pas bien bouger un bras.

\_\_\_\_\_ Je sens des choses étranges dans mes jambes  
(picotements, insensibilité, sensation de froid).

\_\_\_\_\_ Je ne peux pas bien bouger une jambe.

**Comment qualifieriez-vous les douleurs que vous  
ressentez ? Veuillez indiquer toutes les réponses qui  
vous concernent.**

\_\_\_\_\_ cuisantes

<input type="checkbox"/> klopfend, pochend	<input type="checkbox"/> pulsatives
<input type="checkbox"/> krampfartig	<input type="checkbox"/> spasmodiques
<input type="checkbox"/> ziehend	<input type="checkbox"/> persistantes
<input type="checkbox"/> stechend	<input type="checkbox"/> lancinantes
<input type="checkbox"/> dumpf, drückend	<input type="checkbox"/> diffuses, oppressantes

**Seit wann haben Sie Schmerzen?**

Depuis quand avez-vous ces douleurs ?

seit ___ Stunden	<input type="text"/>	depuis ___ heures
seit ___ Tagen	<input type="text"/>	depuis ___ jours

**Sind die Schmerzen plötzlich eingetreten?**

Est-ce que ces douleurs sont venues d'un seul coup ?

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Oui
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Non

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

<input type="checkbox"/> verdorbene Speisen	<input type="checkbox"/> aliments avariés
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> alcool
<input type="checkbox"/> zu viele Tabletten/Medikamente	<input type="checkbox"/> beaucoup trop de cachets / de médicaments
<input type="checkbox"/> Rattengift	<input type="checkbox"/> mort aux rats
<input type="checkbox"/> Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/> produits nettoyants
<input type="checkbox"/> Drogen	<input type="checkbox"/> drogues
<input type="checkbox"/> Tabak	<input type="checkbox"/> tabac
<input type="checkbox"/> Schlangengift (Bisswunde)	<input type="checkbox"/> venin de serpent (morsure)
<input type="checkbox"/> Spinnen- oder Insektengift	<input type="checkbox"/> venin d'araignée ou d'insecte
<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> champignons
<input type="checkbox"/> Schädlingsbekämpfungsmittel	<input type="checkbox"/> insecticide
<input type="checkbox"/> Pflanze	<input type="checkbox"/> plante
<input type="checkbox"/> ätzende Flüssigkeit	<input type="checkbox"/> produits chimiques inconnus
<input type="checkbox"/> unbekannte Chemikalie	<input type="checkbox"/>

**Empoisonnement - Quelle sorte d'empoisonnement est-ce ?****Wann haben Sie zuletzt etwas gegessen?****Quand avez-vous mangé quelque chose la dernière fois ?**

vor ___ Stunden	<input type="text"/>	il y a ___ heures
-----------------	----------------------	-------------------

**Sind Sie schwanger?****Etes-vous enceinte ?**

<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Oui
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Weiss nicht	<input type="radio"/> Je ne sais pas

**In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie**

A quelle semaine de grossesse êtes-vous ?

<input type="text"/>
----------------------

\_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_ Woche **sich?**  \_\_\_\_\_ à la semaine \_\_\_\_\_

**Haben Sie Blutungen?**

Avez-vous des saignements ?

Ja

Oui

Nein

Non

**Haben Sie Fruchtwasser verloren?**

Avez-vous perdu le liquide amniotique (les eaux) ?

Ja

Oui

Nein

Non

**Haben Sie Wehen?**

Avez-vous des contractions ?

Ja

Oui

Nein

Non

**In welchem Zeitabstand kommen die Wehen?**

Quelle est la fréquence de vos contractions ?

alle \_\_\_\_ Minuten

toutes les \_\_\_\_ minutes

Datum/

Unterschrift/