

Name, Vorname/الأول الاسم, العائلة اسم

ID/

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

Medikamente

Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie ein?

- blutgerinnungshemmende Mittel
- Aspirin, ASS
- Mittel gegen Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Mittel gegen Bluthochdruck
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Psychopharmaka
- Schlafmittel, Beruhigungsmittel
- Mittel gegen Asthma
- Antibabypille, Hormone
- entwässernde Mittel (Wassertabletten), Diuretika
- Mittel gegen erhöhte Blutfettwerte
- und / oder ein anderes Medikament, das nicht auf dieser Liste steht

Infektionen

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Infektionen festgestellt?

- HIV / AIDS
- Hepatitis
- Tuberkulose

Krankheiten

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

- Bluterkrankheit (Hämophilie)
- chronische Lungenerkrankung
- Bluthochdruck
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Krebserkrankung
- Epilepsie / Krampfanfälle
- Herzkrankheit
- Nerven-, Gemüts- oder Geisteskrankheiten
- und / oder eine andere Erkrankung, die nicht auf dieser Liste steht

Haben Sie Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien?

- Ja
- Nein

الأدوية أي من الأدوية التالية تتناولها؟

- أدوية منع تجلط الدم
- الأسبرين
- أدوية السكر
- دواء ضد ارتفاع ضغط الدم
- أدوية القلب
- مسكنات الألم
- الأدوية النفسية
- حبوب النوم, المهدئات
- أدوية الربو
- حبوب منع الحمل الهرمونية/غير الهرمونية
- مدرات البول
- أدوية الكوليسترول
- و/أو أدوية أخرى غير مذكورة في القائمة

العدوى هل سبق تشخيصك بأي من أنواع العدوى التالية؟

- نقص المناعة المكتسبة/الإيدز
- التهاب الكبد
- السل

الأمراض هل سبق تشخيصك بأي من الأمراض التالية؟

- مرض الدم (الهيموفيليا)
- أمراض الرئة المزمنة
- ارتفاع ضغط الدم
- السكر
- السرطان
- الصرء/التشنجات
- أمراض القلب
- الأمراض العصبية أو العاطفية أو الذهنية
- و/أو أي أمراض أخرى غير مذكورة في القائمة

هل تعاني من أية حساسية أو عدم تحمل؟

- نعم
- لا

Welche der folgenden Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien sind bei Ihnen bekannt?

- Röntgenkontrastmittel
- Antibiotika (Penicilline und / oder andere)
- örtliche Betäubungsmittel
- allergisches Asthma
- allergische Bronchitis
- Heuschnupfen
- Ekzem/Kontaktexzem
- Insektengiftallergie
- Lebensmittelallergie
- Nesselfieber
- Neurodermitis
- Sonnenallergie

أي من أنواع الحساسية أو عدم التحمل التالية تم تشخيصك به؟

- مواد التباين الخاصة بفحوصات الأشعة السينية (أشعة إكس)
- المضادات الحيوية (البنسلين و/أو غيرها)
- أدوية التخدير الموضعية
- الربو التحسسي
- التهاب القصبات التحسسي
- حمى القش
- الإكزيما/ الإكزيما التلامسية
- الحساسية من سم الحشرات
- حساسية الغذاء
- الإرتيكاريا/ طفح القراص
- التهاب الجلد التحسسي
- الحساسية من الشمس

Sind Sie in den letzten 12 Monaten operiert worden?

Ja

نعم

Nein

لا

Wenn ja, an welchem Organ oder Körperteil wurden Sie operiert?

- Kopf
- Herz
- Lunge
- Magen, Dünn- oder Dickdarm
- Leber, Gallenblase
- Nieren
- Hüfte
- Rücken, Wirbelsäule
- Ein anderes Organ, das nicht auf dieser Liste steht.

هل خضعت لأية جراحات خلال الـ 12 شهرًا الأخيرة؟

إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي أعضاء الجسم أجريت هذه الجراحة؟

- الرأس
- القلب
- الرئتين
- المعدة، الأمعاء الدقيقة أو الغليظة
- المرارة، الكبد
- الكلى
- الوركين
- الظهر، العمود الفقري
- أعضاء أخرى غير مذكورة في القائمة

Tragen Sie eines der folgenden Implantate?

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Stent
- Transplantat
- Gelenkprothese

هل أجريت أي من الزراعات التالية؟

- منظم ضربات القلب
- جهاز إنعاش القلب
- دعامات
- زراعات أعضاء
- أجهزة تعويضية

Datum/

Unterschrift/