

Name, Vorname/Surname, forename

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

Medication

Which of the following medications do you take?

- blood thinning medication
- aspirin
- diabetes medication
- high blood pressure medication
- heart medication
- painkillers
- psychoactive drugs
- sleeping pills, tranquillisers
- asthma medication
- birth control pill, hormones
- diuretic drugs
- cholesterol medication
- and / or another medication not on this list

Infektionen

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Infektionen festgestellt?

- HIV / AIDS
- Hepatitis
- Tuberkulose

Infections

Have you been diagnosed with any of the following infections?

- HIV / AIDS
- hepatitis
- tuberculosis

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

Illnesses

Have you been diagnosed with any of the following illnesses?

- haemophilia
- chronic lung disease
- high blood pressure
- diabetes
- cancer
- epilepsy / seizures
- heart disease
- Neurological, affective or mental illness
- and / or another illness not on this list

Haben Sie Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien?

- Ja
- Nein

Do you have any intolerances or allergies?

- Yes
- No

Welche der folgenden Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien sind bei Ihnen bekannt?

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

Which of the following intolerances or allergies have you been diagnosed with?

- x-ray contrast media
- antibiotics (penicillin and / or other)
- local anaesthetics
- allergic asthma
- allergic bronchitis
- hay fever
- eczema / contact eczema
- insect venom allergy
- food allergy
- urticaria / nettle rash
- atopic dermatitis
- sun allergy

Sind Sie in den letzten 12 Monaten operiert worden?

Ja

Nein

 Yes No**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.

Have you had surgery in the last 12 months?

If yes, which organ or part of the body was operated on?

- head
- heart
- lungs
- stomach, small or large intestines
- liver, gall bladder
- kidneys
- hips
- back, spine
- another organ not on this list

Tragen Sie eines der folgenden Implantate?

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Stent
- Transplantat
- Gelenkprothese

Do you have any of the following implants?

- pacemaker
- defibrillator
- stent
- transplant
- prosthetic device

Datum/Date

Unterschrift/Signature