

Name, Vorname/

ID/

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

Welche Beschwerden haben Sie, was ist Ihnen passiert? Kreuzen Sie bitte die Antworten an, die auf Sie zutreffen oder zeigen Sie mit dem Finger darauf. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ich hatte einen Verkehrsunfall

Ich habe mich verletzt

Ich habe mich geschnitten/gestoßen/geprellt

Ich habe starke Schmerzen

Ich habe hohes Fieber

من تصادف کرده ام

من زخمی شده ام

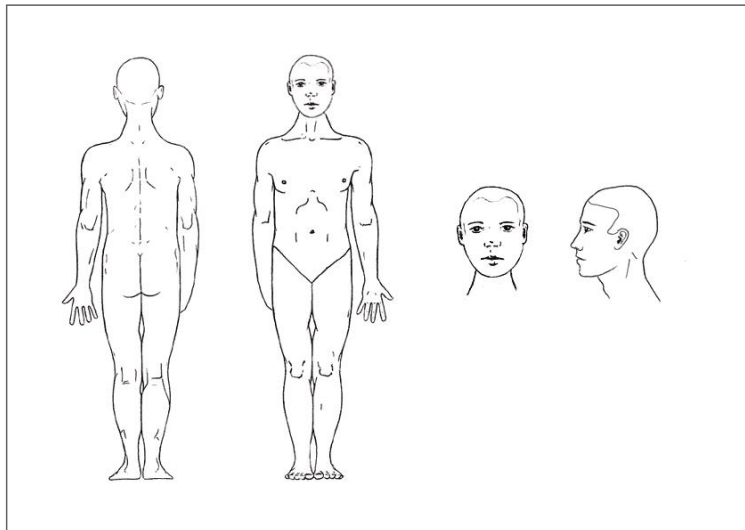
من زخم بریدگی /ضربه ای/کبودی دارم

من درد شدید دارم

من تب شدید دارم

Wo haben Sie sich verletzt? Zeigen Sie mir bitte Ihre Verletzungen!

در کجا زخمی شده اید؟ لطفا زخمهایتان را به من نشان دهید!



Wann ist der Unfall/die Verletzung passiert?

کی این تصادف افتاد؟ کی زخمی شدید؟

Vor ...

قبل

Stunden

ساعت

Tagen

روز

Ist Ihnen schwindlig?

آیا سرتان گیج می خورد؟

Ja

بله

Nein

خیر

Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?

آیا در این میان بی هوش شده اید؟

Ja

بله

Nein

خیر

Weiss nicht

نمی دانم

Haben Sie sich erbrochen?

Ja Nein

آیا استفراغ کردید؟

بله خیر

Sind Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?

Ja Nein Weiss nicht

آیا واکسینه ضد کزاز (تتانوس) شده اید؟

بله خیر نمی دانم

Haben Sie etwas zu sich genommen, wie ...

Verdorbene Speisen Alkohol zu viel Tabletten/Medikamente Welche Tabletten/Medikamente?

آیا چیزی خورده اید، مثل ...

غذای فاسد شده مشروبات الکلی قرصهای زیاد/داروهای زیاد چه قرصهایی؟/داروهای؟ Drogen مواد مخدر

Falls Drogen genommen... welche Drogen waren das?

Marihuana Haschisch Kokain Synthetische Drogen (Ecstasy, LSD) Heroin andere Droge چنانچه مواد مخدر مصرف نموده اید ...
چه مواد مخدري بوده اند؟ماری جوانا (ماریوانا) حشیش کوکائین مواد مخدر مصنوعی (اکستازی، لاس.دی) هروئین مواد مخدر دیگر

Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Blutgerinnungshemmende Mittel Aspirin, ASS Mittel gegen Diabetes (Zuckerkrankheit) Mittel gegen Bluthochdruck Herzmedikamente Schmerzmittel Schlafmittel, Beruhigungsmittel Mittel gegen Asthma Mittel gegen erhöhte Blutfettwerte

کدام یک از داروهای زیر را شما بطور مرتب مصرف می کنید؟

داروهای رقیق کنندهی (ضد انعقاد) خون آسپرین، آ. اس. اس داروهای ضد دیابت (مرض قند) داروهای ضد فشار خون بالا داروهای قلب داروهای مسکن داروهای خواب آور، آرام بخش داروهای ضد آسم (نفس تنگی) داروهای ضد چربی زیاد خون

Wenn möglich, zeigen Sie mir bitte die Packung, geben Sie die Dosierung an oder schreiben Sie den Namen des Medikaments auf.

لطفاً اگر ممکن است قوطی دارو را به من نشان دهید. میزان (دوز) آن را بگویید یا نام دارو را بنویسید.

Leiden Sie zurzeit unter ...

- Bluthochdruck
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Krebserkrankung
- Hepatitis
- Herzkrankheit
- HIV/AIDS
- Tuberkulose

آیا شما در حال حاضر از ناراحتیها و بیماریهای زیر رنج می‌برید ...

- فشار خون بالا
- بیماری قند خون
- بیماری سرطان
- هپاتیت (جگرآماسی)
- بیماری قلبی
- اچ ای وی/ایدز
- مرض سل

Könnten Sie schwanger sein?

- Ja
- Nein

ممکن است حامله باشید؟

- بله
- خیر

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen bekannt?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, worauf?
- auf Röntgenkontrastmittel
- auf Medikamente
- Wenn ja, welches?

آیا به چیزی حساسیت یا واکنش به ناسازگاری موادی دارید؟

- بله
- خیر
- اگر بله به چه چیزهایی؟
- به مواد واضح کننده عکس برداری با اشعه ایکس
- به داروهای؟
- اگر بله به کدام از آنها؟

Sind Sie vor kurzem operiert worden?

- Ja
- Nein

آیا اخیراً عمل جراحی شده اید؟

- بله
- خیر

Tragen Sie einen...

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Metallimplantat (Stent oder Gelenkendoprothese)

آیا در بدنتان یک...

- دستگاه ضربان ساز قلب
- دیفیبریلاتور (برای تنظیم تپش قلب با استفاده جریان برق)
- ایمپلنت فلزی (استنت، پروتز مفصلی)

Datum/

Unterschrift/