

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

# MIGRALANG

## Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

Name, Vorname/ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ID/ \_\_\_\_\_

**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.**

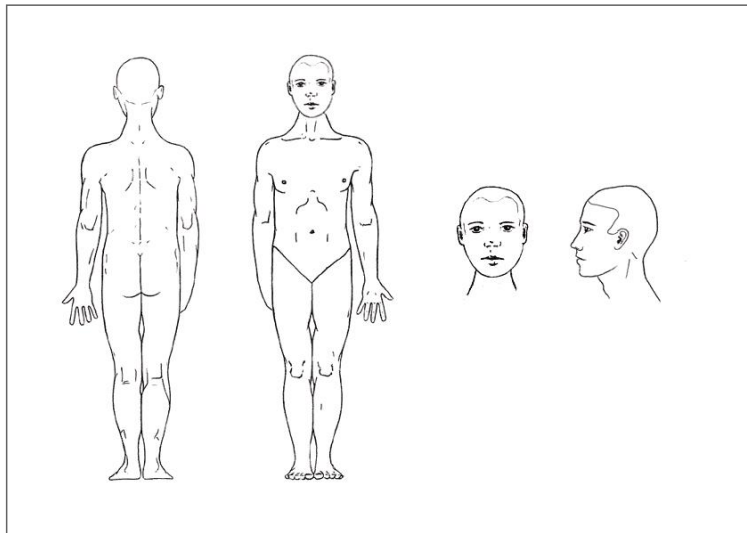
\_\_\_\_\_ Ich hatte einen Verkehrsunfall  
 \_\_\_\_\_ Ich habe mich verletzt  
 \_\_\_\_\_ Ich habe mich geschnitten/gestoßen/geprellt  
 \_\_\_\_\_ Ich habe starke Schmerzen  
 \_\_\_\_\_ Ich habe hohes Fieber

**Quels sont les maux que vous ressentez ? Que vous est-il arrivé ? Veuillez cocher les réponses qui s'appliquent à votre cas ou bien montrez-les du doigt. Merci beaucoup pour votre aide.**

J'ai eu un accident de la circulation  
 Je me suis blessé(e)  
 Je me suis coupé(e)/ piqué(e)/ contusionné(e)  
 J'ai de fortes douleurs  
 J'ai une fièvre élevée

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

**Où vous êtes-vous blessé ? Veuillez me montrer vos blessures !**



**Wann ist der Unfall/die Verletzung passiert?**

Vor ...  
 \_\_\_\_\_ Stunden  
 \_\_\_\_\_ Tagen

**Quand l'accident/ la blessure est-il/est-elle arrivé(e) ?**

Il y a...  
 \_\_\_\_\_ heures  
 \_\_\_\_\_ jours

**Ist Ihnen schwindlig?**

\_\_\_\_\_ Ja  
 \_\_\_\_\_ Nein

**Avez-vous des vertiges ?**

Oui  
 Non

**Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?**

\_\_\_\_\_ Ja  
 \_\_\_\_\_ Nein  
 \_\_\_\_\_ Weiss nicht

**Avez-vous perdu connaissance entre-temps ?**

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

**Haben Sie sich erbrochen?**Ja Nein **Avez-vous eu des vomissements ?**Oui Non **Sind Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?**Ja Nein Weiss nicht **Etes-vous vacciné contre le tétanos ?**Oui Non Je ne sais pas **Haben Sie etwas zu sich genommen, wie ...**Verdorbene Speisen Alkohol zu viel Tabletten/Medikamente Welche Tabletten/Medikamente?  
**Avez-vous pris quelque chose comme...**des aliments gâtés de l'alcool trop de comprimés/médicaments Quels comprimés/médicaments?  
Drogen des drogues **Falls Drogen genommen... welche Drogen waren das?**Marihuana Haschisch Kokain Synthetische Drogen (Ecstasy, LSD) Heroin andere Droge **Si vous avez pris des drogues...de quelles drogues s'agit-il ?**Marihuana Haschisch Cocaïne Drogues synthétiques (Ecstasy, LSD) Héroïne D'autres drogues **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 **Lesquels des médicaments suivants prenez-vous régulièrement ?**Anticoagulants Aspirine, ASS Remèdes contre le diabète Remèdes contre l'hypertension Remèdes cardiaques Antalgiques Somnifères, calmants Remèdes contre l'asthme Remèdes contre l'hyperlipémie (contre le cholestérol) **Wenn möglich, zeigen Sie mir bitte die Packung, geben Sie die Dosierung an oder schreiben Sie den Namen des Medikaments auf.****Si possible, veuillez me montrer les emballages, indiquez le dosage, ou écrivez le nom du médicament.**

**Leiden Sie zurzeit unter ...**

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

**Souffrez-vous actuellement...**

d'hypertension  
 de diabète  
 d'un cancer  
 d'hépatite  
 d'une maladie cardiaque  
 VIH/SIDA  
 de tuberculose

**Könnten Sie schwanger sein?**

Ja  
 Nein

**Pourriez-vous être enceinte ?**

Oui  
 Non

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen bekannt?**

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

**Avez-vous des allergies ou réactions d'hypersensibilité ?**

Oui  
 Non  
 Si oui, à quoi?  
 aux produits de contraste radiologiques  
 à des médicaments  
 Si oui, auxquels?

**Sind Sie vor kurzem operiert worden?**

Ja  
 Nein

**Avez-vous été opéré récemment ?**

Oui  
 Non

**Tragen Sie einen...**

Herzschrittmacher  
 Defibrillator  
 Metallimplantat (Stent oder Gelenkendoprothese)

**Etes-vous porteur d'un...**

pacemaker  
 défibrillateur  
 implant métallique (stent ou prothèse articulaire)

Datum/

Unterschrift/