

# 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

E kam pësuar një aksident trafiku

Ich habe mich verletzt

Jam lënduar

Ich habe mich geschnitten/gestoßen/geprellt

Jam prerë / goditur / përplasur

Ich habe starke Schmerzen

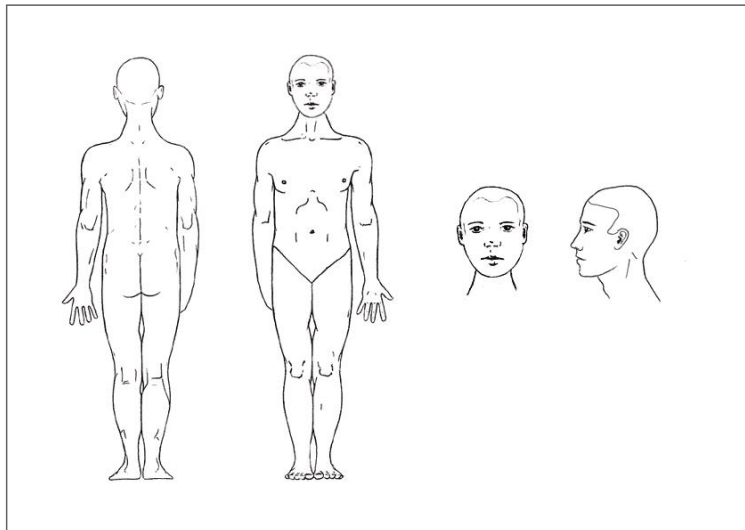
Kam dhimbje të forta

Ich habe hohes Fieber

Kam temperaturë të lartë

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

**N'ç vend jeni lënduar? Ju lutem, m'i tregoni lëndimet tuaja!**



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

**Kur ka ndodhur aksidenti / lëndimi?**

Vor ...

Para...

Stunden

Orëve

Tagen

Ditëve

**Ist Ihnen schwindlig?**

**A keni marramendje?**

Ja

Po

Nein

Jo

**Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?**

**A keni qenë pa vetëdije në ndërkohë?**

Ja

Po

Nein

Jo

Weiss nicht

Nuk e di

**Haben Sie sich erbrochen?**Ja Nein **Keni vjellur?**Po Jo **Sind Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft?**Ja Nein Weiss nicht **A keni marrë vaksinë kundër sharrëzitet (tetanosit)**Po Jo Nuk e di **Haben Sie etwas zu sich genommen, wie ...**Verdorbene Speisen Alkohol zu viel Tabletten/Medikamente 

Welche Tabletten/Medikamente?

Drogen **A keni përdorur diçka të tillë si...**Gjellëra të prishura Alkool Tepër shumë hapa / ilaçe 

Çfarë lloj tabletash / ilaçesh

**Falls Drogen genommen... welche Drogen waren das?**Marihuana Haschisch Kokain Synthetische Drogen (Ecstasy, LSD) Heroin andere Droge **Nëse keni marrë droga... Çfarë lloj drogash kanë qenë?**Marihuanë Hashish Kokainë Droga sintetike (Ekstazi, LSD) Heroinë Drogë tjetër **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 **Cilat nga ilaçet në vijim jeni duke i marrë rregullisht?**Ilaçe për frenimin e trombut të gjakut Aspirin, ASS Ilaçe kundër diabetit (sëmundjës së sheqerit) Ilaçe kundër tensionit të lartë të gjakut Ilaçe për zemrën Ilaçe kundër dhimbjeve Ilaçe gjumi, ilaçe qetësimi Ilaçe kundër astmës Ilaçe kundër vlerave të larta të yndyrës në gjak **Wenn möglich, zeigen Sie mir bitte die Packung, geben Sie die Dosierung an oder schreiben Sie den Namen des Medikaments auf.****Nëse është e mundur, më tregoni ju lutem pakon, tregojeni dozimin ose shkruajeni emrin e ilaçit.**

## Leiden Sie zurzeit unter ...

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

Tensioni i lartë i gjakut  
 Diabeti (sëmundja e sheqerit)  
 Sëmundja e kancerit  
 Hepatitisi  
 Sëmundja e zembrës  
 HIV / SIDA (AIDS)  
 Tuberkuloza

## Könnten Sie schwanger sein?

Ja  
 Nein

Po  
 Jo

## Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen bekannt?

Ja  
 Nein

Po  
 Jo

Wenn ja, worauf?

auf Röntgenkontrastmittel  
 auf Medikamente  
 Wenn ja, welches?

## A janë konstatuar tek ju alergjitë apo reagime të mbindjeshmërisë (hipersensitiviteti)?

Nëse po, kundër çkaje?

Kundër mjeteve të kontrastit të rëntgenit  
 Kundër ilaçeve  
 Nëse po, kundër cilit ilaç?

## Sind Sie vor kurzem operiert worden?

Ja  
 Nein

Po  
 Jo

## A jeni operuar para pak kohësh?

## Tragen Sie einen...

Herzschrittmacher  
 Defibrillator  
 Metallimplantat (Stent oder Gelenkendoprothese)

Nxitës i rrahjeve të zemres  
 Defibrilator  
 Implantat i metaltë (stent ose protezë e nyjeve)

Datum/

Unterschrift/