

Name, Vorname/

ID/

Welche Beschwerden haben Sie, was ist Ihnen passiert? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft. Sie können mehrere Antworten ankreuzen - oder zeigen Sie mit dem Finger darauf.

- Ich habe Atemnot.
- Ich habe akute Kreislaufstörungen / Herzprobleme.
- Ich habe starke Schmerzen.
- Ich habe eine allergische Reaktion.
- Ich habe mich gestoßen / geprellt / gequetscht.
- Ich habe hohes Fieber.
- Ich habe mich verbrannt / verbrüht.
- Ich habe eine Schwangerschaftskomplikation.
- Ich habe eine Vergiftung.
- Ich hatte einen Unfall.

Wenn Sie einen Unfall hatten, was ist passiert?

- Verkehrsunfall
- Stromschlag
- Sturz aus der Höhe (z.B. von einer Leiter)
- Sturz ebenerdig (z.B. auf glattem Boden ausgerutscht)
- körperliche Gewalteinwirkung
- von einem Gegenstand getroffen worden
- auf einen Gegenstand aufgeschlagen

Können Sie sich daran erinnern, was vor dem Unfall passiert ist?

- Ja
- Nein

Waren Sie zwischenzeitlich bewusstlos?

- Ja
- Nein

Wo haben Sie Beschwerden? Sie können die Körperregionen ankreuzen ODER Sie zeigen mit dem Finger darauf.

- Kopf
- Brust
- Bauch
- Unterleib
- Arme
- Rücken
- Beine

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

چه ناراحتی هایی دارید؟ چه اتفاقی برای شما افتاده؟ لطفا جواب را علامت بزنید و یا با انگشت آن را نشان دهید.

- من تنگی نفس دارم.
- من مشکلات حاد گردش خون / مشکلات قلبی دارم.
- من درد شدید دارم.
- من واکنش / عکس العمل حساسیتی دارم.
- یک بخشی از بدن من ضربه دیده/کبود شده/کوبیده شده است.
- من تب بالا دارم.
- من سوختگی/سوختگی با مایعات داغ دارم.
- من یک مشکل پیچیده حاملگی دارم.
- من مسموم شده ام.
- من تصادف کرده ام.

اگر شما تصادف کرده اید چه اتفاقی افتاد؟

- تصادف با وسایل موتوری
- برق گرفتگی
- افتادن از جای بلند(به عنوان مثال از نردبان)
- افتادن به روی زمین(به عنوان مثال لیز خوردن روی زمین لیز)
- خشونت جسمی
- ضربه خوردن توسط یک شی.
- ضربه خوردن به یک شی یا چیزی
- به خاطر دارید چه اتفاقی قبل از حادثه تصادف افتاد؟

- بله
- خیر
- آیا شما در این فاصله بیهوش بودید؟
- بله
- خیر

کجای شما درد می کند؟ شما می توانید این قسمت های بدن را علامت بزنید و یا با انگشت آنها را نشان دهید.

- سر
- قفسه سینه
- شکم
- زیر شکم ، بطن
- بازوها
- پشت
- پا ها

**Trifft von den folgenden Aussagen etwas auf Sie zu?
Bitte geben Sie alle Antworten an, die zutreffen.**

Kopf

- Mir ist schwindlig.
- Ich habe Sehstörungen.
- Ich habe Kopfschmerzen.
- Ich habe Schwierigkeiten beim Sprechen.

Brust

- Ich habe Schmerzen beim Atmen.
- Ich habe Schmerzen hinter dem Brustbein.
- Ich habe Schmerzen an den Rippen.
- Ich habe ein Engegefühl im Brustkorb.

Bauch / Unterleib

- Ich habe mich erbrochen.
- Ich habe Durchfall.
- Mir ist schlecht.
- Ich habe Schmerzen in der Seite.

Arme und Beine

- Ich habe eine Gefühlsstörung in den Armen (Kribbeln, Gefühllosigkeit, Kältegefühl).
- Ich kann einen Arm nicht richtig bewegen.
- Ich habe eine Gefühlsstörung in den Beinen (Kribbeln, Gefühllosigkeit, Kältegefühl).
- Ich kann ein Bein nicht richtig bewegen.

Wie empfinden Sie die Schmerzen? Bitte geben Sie alle Antworten an, die zutreffen.

- brennend
- klopfend, pochend
- krampfartig
- ziehend
- stechend
- dumpf, drückend

Seit wann haben Sie Schmerzen?

- seit ___ Stunden
- seit ___ Tagen

Sind die Schmerzen plötzlich eingetreten?

- Ja
- Nein

**Vergiftung
Um was für eine Art von Vergiftung handelt es sich?**

- verdorbene Speisen

**آیا یکی از گفته های زیر به شما مربوط می شود؟
لطفا تمام جواب های درست را علامت بزنید.**

سر

- من احساس سرگیجه دارم.
- من مشکلات بینایی دارم.
- سرم درد می کند.
- من مشکل در صحبت کردن دارم.

قفسه سینه

- در هنگام تنفس درد دارم.
- من در پشت استخوان سینه درد دارم.
- من در دنده هایم درد دارم.
- من احساس تنگی در قفسه سینه ام دارم.

شکم ، زیر شکم یا بطن

- من استفراغ کرده ام.
- من اسهال دارم.
- حالم خوب نیست.
- بغلم درد می کند.

بازو و پا ها

- من مشکل احساس در بازوهای خود دارم (سوزن سوزن شدن، حس بی احساسی سردی).
- من نمی توانم یک بازوی خود را به خوبی حرکت بدهم.
- من مشکل احساس در پاها (سوزن سوزن شدن، حس بی احساسی سردی).
- من نمی توانم یک پای خود را به خوبی حرکت بدهم.

دردها را چگونه احساس میکنید؟ لطفا همه پاسخ های درست را علامت بزنید.

- سوزش
- ضربه ای، خفقانی
- گرفتگی
- کششی
- سوزنی
- غیر واضح، فشار دهنده

از کی تا به حال درد دارید؟

- از... ساعت قبل
- از... روز قبل

آیا دردها به طور ناگهانی شروع شدند؟

- بله
- خیر

مسمومیت چه نوع مسمومیتی دارید؟

- مواد غذایی فاسد شده

Alkohol	<input type="checkbox"/>	مشروب
zu viele Tabletten/Medikamente	<input type="checkbox"/>	قرص های زیاد/داروهای زیاد
Rattengift	<input type="checkbox"/>	مرگ موش
Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/>	مواد پاک کننده
Drogen	<input type="checkbox"/>	مواد مخدر
Tabak	<input type="checkbox"/>	تنباکو
Schlangengift (Bisswunde)	<input type="checkbox"/>	سم مار. گاز گرفتگی
Spinnen- oder Insektengift	<input type="checkbox"/>	سم عنکبوت و یا سم حشرات
Pilze	<input type="checkbox"/>	قارچ
Schädlingsbekämpfungsmittel	<input type="checkbox"/>	مواد آفت کش
Pflanze	<input type="checkbox"/>	گیاهانبات
ätzende Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	مایعات خوردنه
unbekannte Chemikalie	<input type="checkbox"/>	مواد شیمیایی ناشناخته

Wann haben Sie zuletzt etwas gegessen?

vor ___ Stunden

آخرین بار کی چیزی خورده اید؟

___ ساعت پیش

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Weiss nicht

آیا شما حامله هستید؟

بله

خیر

نمی دانم

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?

in der ___ Woche

در چندمین هفته حاملگی قرار دارید؟

___ هفته در

Haben Sie Blutungen?

Ja

Nein

آیا شما خونریزی دارید؟

بله

خیر

Haben Sie Fruchtwasser verloren?

Ja

Nein

آیا ریزش مایع آمنیوتیک دارید؟

بله

خیر

Haben Sie Wehen?

Ja

Nein

آیا شما درد زایمان (انقباضات) دارید؟

بله

خیر

In welchem Zeitabstand kommen die Wehen?

در چه فاصله های زمانی درد زایمان دارید؟

alle ____ Minuten

هر ____ دقیقه

Datum/

Unterschrift/