

Name, Vorname/

ID/

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

Infektionen

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Infektionen festgestellt?

- HIV / AIDS
- Hepatitis
- Tuberkulose

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

Haben Sie Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien?

- Ja
- Nein

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

داروها
کدام یک از این داروها را مصرف میکنید؟

- داروهای کاهش دهنده لخته خون
- آسپرین/آ اس اس
- داروهای ضد دیابت(مرض قند خون)
- داروهای ضد فشار خون بالا
- داروهای قلب
- داروهای مسکن
- داروهای اعصاب و روان
- داروهای خواب اور. ارام بخش
- داروهای ضد نفس تنگی
- قرص ضد حاملگی.هورمون ها
- داروهای اب گیری بدن(قرص اب)دیورتیک
- داروهای ضد چربی خون بالا
- و/یا داروهای دیگری که در این لیست نیستند

عفونتی
آیا یکی از عفونتهای زیر را داشته اید؟

- اچ آی وی / ایدز
- هپاتیت
- مرض سل

بیماری
آیا به یکی از بیماریهای زیر مبتلا بوده اید؟

- بیماری خونیه(هموفیلی)
- بیماری مزمن ریوی
- فشار خون بالا
- دیابت(مرض قند)
- مرض سرطان
- بیماری صرغ/تشنج
- بیماری قلبی
- بیماریهای اعصاب یا روانی
- و/یا یک بیماری دیگری که در این لیست نیست

آیا شما به ناسازگاری موادی در بدنتان واکنش نشان می دهید و یا به چیزی حساسیت دارید؟

- بله
- خیر

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

به کدام یک از واکنش و یا حساسیت های زیر مبتلا هستید؟

- مواد واضح کننده عکس برداری با اشعه ایکس
- آنتی بیوتیک(پنی سیلین/یا غیره)
- بی حس کننده موضعی
- نفس تنگی حساسیتی
- برونشیت حساسیتی
- آلرژی(التهاب فصلی)
- آگزما /التهاب پوستی
- حساسیت به سم حشرات
- حساسیت به مواد غذایی
- حساسیت پوست (کهیر): با سرخی و خارش پوست
- التهاب پوست (درماتیت عصبی)
- حساسیت به آفتاب

Sind Sie in den letzten 12 Monaten operiert worden?

Ja

Nein

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.

آیا شما در 12 ماه گذشته عمل جراحی شده اید؟

بله

خیر

اگر بله کدام یک از ارگان یا قسمتهای بدن شما جراحی شده است؟

- سر
- قلب
- شش
- معده، روده های بزرگ و یا کوچک
- جگر؛ کیسه صفرا
- کلیه ها
- لگن خاصره
- پشت؛ ستون فقرات
- یک ارگان دیگر؟ در این لیست نیست

Tragen Sie eines der folgenden Implantate?

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Stent
- Transplantat
- Gelenkprothese

آیا شما یکی از ایمپلنت های زیر را در بدنتان دارید؟

- دستگاه تنظیم ضربان قلب
- دفیبر پلاتور
- استنت
- پیوند عضو
- پروتز مفصل، یا مفصل مصنوعی

Datum/

Unterschrift/