

# MIGRALANG

## Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

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

Médicaments Quels médicaments cités ci-après prenez-vous ?

- anticoagulants
- aspirine, acide acétylsalicylique
- médicaments anti-diabète
- médicaments anti-hypertension
- médicaments pour le cœur
- analgésiques
- psychotropes
- somnifères, tranquillisants
- produits anti-asthmatiques
- pilule contraceptive, hormones
- médicaments drainants, diurétiques
- médicaments anti-cholestérol (contre les teneurs en lipides sanguins)
- et / ou un autre médicament qui n'est pas dans cette liste

### Infektionen

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Infektionen festgestellt?

- HIV / AIDS
- Hepatitis
- Tuberkulose

Infections Est-ce qu'une des infections suivantes a été détectée chez vous ?

- VIH / SIDA
- hépatite
- tuberculose

### 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

Maladies Est-ce qu'une des maladies suivantes a été diagnostiquée chez vous ?

- hémophilie
- affection pulmonaire chronique
- hypertension artérielle
- diabète
- affection cancéreuse (cancer)
- épilepsie / Crises de spasmes
- maladie cardiaque
- maladies nerveuses, troubles mentaux, maladies mentales
- et / ou une autre maladie qui n'est pas dans cette liste

Haben Sie Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien?

- Ja
- Nein

Avez-vous des réactions d'intolérance ou des allergies ?

- Oui
- Non

**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

Parmi les réactions d'intolérance ou les allergies suivantes, quelles sont celles dont vous souffrez ?

- préparations opacifiantes pour examens radiographiques
- antibiotiques (pénicilline et / ou autres)
- anesthésiques locaux
- asthme allergique
- bronchite allergique
- rhume des foins
- eczéma / eczéma de contact
- allergie au venin d'insectes
- allergie alimentaire
- urticaire
- névrodermite
- allergies au soleil

**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.

**Avez-vous été opéré au cours des 12 derniers mois ?**

Oui

Non

Si oui, quel organe ou quelle partie de votre corps a été opéré ?

- tête
- cœur
- poumon
- estomac, intestin grêle, gros intestin
- foie, vésicule biliaire
- reins
- hanche
- dos, colonne vertébrale
- un autre organe qui n'est pas dans cette liste

**Tragen Sie eines der folgenden Implantate?**

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Stent
- Transplantat
- Gelenkprothese

**Est-ce que vous avez un des implants suivants ?**

- pacemaker (stimulateur cardiaque)
- défibrillateur
- stent (endoprothèse)
- transplant
- prothèse à une articulation

Datum/

Unterschrift/