

Name, Vorname/

ID/

MIGRALANG

Diakonisches Werk Teltow-Fläming e. V.

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

Ilaçe Cilat nga ilaçet e mëposhtme merrni?

- ilaç për hollimin e gjakut
- aspirinë, ASA (acid acetylsalicylik)
- ilaç për diabetin (sëmundjen e sheqerit)
- ilaç për tensionin e lartë të gjakut
- ilaçe për zemrën
- ilaç kundër dhimbjeve
- psikofarma
- ilaç për të të zënë gjumi, qetësues
- ilaç për astmën
- pilulë kundër shtatzanisë, hormone
- tableta shkarkuese, diuretike
- ilaç për uljen e yndyrnave në gjak
- dhe / ose një tjetër ilaç që nuk është në këtë listë

Infektionen

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Infektionen festgestellt?

- HIV / AIDS
- Hepatitis
- Tuberkulose

Infeksione A është konstatuar te ju një nga infeksionet e mëposhtme?

- sida (HIV / AIDS)
- hepatiti
- turbekulozi

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

Sëmundje A është konstatuar te ju një nga sëmundjet e mëposhtme?

- sëmundje e gjakut (hemofilia)
- sëmundje kronike e mushkërive
- tensioni i lartë i gjakut
- diabeti (sëmundja e sheqerit)
- kanceri
- epilepsia, kriza epileptike
- sëmundje zemre
- sëmundje nervore, mendore ose psikike
- dhe / ose një tjetër sëmundje që nuk është në këtë listë

Haben Sie Unverträglichkeitsreaktionen oder Allergien?

- Ja
- Nein

A vuani nga reaksione ose alergji?

- Po
- Jo

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

Nga cilat reaksione ose alergji të dhëna më poshtë vuani?

- mjete kontrastiv për rëntgen (radiografi)
- antibiotikë (penicilina dhe / ose të tjerë antibiotikë)
- narkoza e pjesshme
- astma alergjike
- bronkiti alergjik
- rrufa alergjike
- ekzema/ekzema e kontaktit
- alergjia nga helmi i insekteve
- alergjia nga ushqimet
- urtikaria
- neurodermatiti
- alergjia nga dielli

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.

A jeni operuar në 12 muajt e fundit?

Po

Jo

Nëse po, në cilin organ ose pjesë të trupit jeni operuar?

- kokë
- zemër
- mushkëri
- stomak, zorrë e hollë ose zorrë e trashë
- mëlçi, tëmth
- veshka
- ije
- kurriz, shtyllë vertebrore
- një organ tjetër që nuk është në këtë listë

Tragen Sie eines der folgenden Implantate?

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Stent
- Transplantat
- Gelenkprothese

A mbani një nga implantet e mëposhtme?

- stimulues kardiak
- defibrilator
- stent (unazë)
- transplant
- protezë

Datum/

Unterschrift/