

(kurdisch-sorani)

زانبارى و پرسپار له بارى نه خوښى Patientenerhebungsbogen

<p>ناو: Vorname:</p> <p>هه مولاتى: Staatsangehörigkeit:</p>	<p>نازناو: Familiename:</p> <p>روژى له داىكبوون: Geburtsdatum:</p> <p>ولاتى بنه رهنى / شوين: Herkunftsland/ -ort:</p> <p>زمانزانى (چه): Sprachkenntnisse:</p>
<p>نبا بۇ مندالى كه (18 سالىدا) رپرسى په (خپوكه)</p> <p>Nur bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigter:</p>	
<p>هه مولاتى: Staatsangehörigkeit:</p>	<p>روژى له داىكبوون: Geburtsdatum:</p>

بى پئوه ندىكردن
Kontaktdaten

Telefon-/Handynummer: _____ / _____
E-Mail: _____ (ئيمال پوښتى / لىكترونى): _____

Derzeitige Anschrift (Str./Hausnr./Ort): _____
ناونيشانى ئىستا (ناوى كۆلان. / ژماره‌ى خانو. / شار

Tel.Nr. des Sprachvermittlers/Dolmetschers: _____
ى ته فونى وه رگير يان يارمه تيدهرى زمان:

تكاپه به ى توانا وهلامى نهم پرسپارانەى خواره
كانت نه كه ى نه هئىنى پزىشك و پاراستنى زانبارى كه ساپه تى و به
ندروستى خوڤت به واوى بده
لى ده كرئت.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

<p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>دووگيانيت؟ Besteht eine Schwangerschaft? لى نه مانگى چه Wenn ja, in welchem Monat?</p> <p>خوښى تر Sonstige Erkrankungen</p> <hr/> <p>هه ستوكى (حه ساسيه) Allergien bzw. Unverträglichkeiten:</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>رزى دهرمانى هوشبهرى Lokalanästhesie/Spritzen</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>چلك (ئانتى بىوتىك) Antibiotika</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>رمانى نازار Schmerzmittel</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>- هبتر (هه.ت.د.) Andere:</p>	<p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>دل - نه خوښى سوورانه ى خوښ Herz-/Kreislaufkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى مه پاندنى خوښ Blutgerinnungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>فئ لپهاتن (صه. ع. ئىپىلنكسى) Anfallsleiden (Epilepsi)</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>هه گىرى (ناسما) Asthma/Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>هوش چون Ohnmachtsanfälle</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى شه كر (شه كر، دىپايتس) Diabetes/Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى ر (هزىپايتس) Lebererkrankung/Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى گورچىله Nierenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>بادارى (نازارى جومگه - رومانيزم) Rheuma/Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى نه (قيه) Schilddrüsenerkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى كهانى سى Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>زىنى تواناى كوئندامى به رگرى له ش (ناپدس) HIV-Infektion/Stadium AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>خوښى كه زور بلاوده Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>كارهينانى ماده بى هوشبه Drogenabhängigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> لى <input type="checkbox"/> لى nein ja</p> <p>كيشى Raucher</p>
--	---

لى
nein ja

نایه پښتر لای پزیشکی دان وښه پی سونه ر پوت گیراوه یان نا؟
Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
لى - که ی؟
Wenn ja, wann?

لى
nein ja

نایه ر پیدانی (دان هه لکه،) تی نه بینی له کاتی خواردن جوین
Haben Sie durch das Fehlen von Zähnen Schwierigkeiten beim Kauen?

لى
nein ja

نایه چوی لای پزیشکی گشتی؟
Waren Sie schon beim Allgemeinmediziner?
لى، نه، لای کام پزیشک:
Wenn ja, bei welchem Arzt?

که په
seit

نایه وامی هیچ دهرمانیک نه، ی (دهخوی) ؟ یان ئیستا؟
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

رواری
Ort, den

وازو (نیمزه)
Unterschrift: