

Fragebogen für Patienten bei akuter Erkrankung

أسئلة عن حالة المريض الصحية

Name : أسم العائلة

Vorname : الأسم

Welche Beschwerden haben Sie?

ما هي الأعراض التي تشكو منها ؟

Ja / نعم nein / لا

Husten / السعلة

Schnupfen / الزكام أو الرشح

Übelkeit / دوخة

Erbrechen / تقيئ

Durchfall / إسهال حاد

Verstopfung / تصمت بالمعدة

Fieber(über 38 Grad Celsius) / حرارة عالية

Herzrasen / تسرع بالقلب

Brustschmerz / ألم بالصدر

Luftnot / ضيق تنفس

Schmerzen / آلام في

Kopf / الرأس

Zahn / الأسنان

Hals / الرقبة

Ohr / الأذنين

Auge / العين

Finger / الأصبع

Hand / اليد

Arm / الساعد

Zehen / أصابع الأرجل

Fuß / القدم

Bein / الرجل

Rücken / الظهر

Bauch / البطن

Sonstiges / آلام غير

Starkes Schwitzen / عرق في الجسم

Haarausfall / تساقط شعر الرأس

Hautausschlag / بقع في الجسم

Juckreiz / حكة في الجسم

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

منذ متى تشكو من هذه الأعراض ؟

seit Stunden

منذ ساعات

seit Tagen

منذ أيام

seit Wochen

منذ أسابيع