

Fragebogen für Patienten bei akuter Erkrankung

فوری بیمارپہای بہ م بوٹسوالات

Name:

Vorname:

خانوادگی نام

نام

Welche Beschwerden haben Sie?

ja ہاں nein نہ

دارپ درازپرمشکلات از کدام پک

Husten سرفہ

Schnupfen بینی ریزشہ آب

Übelkeit تہوع حالت

Erbrechen استفراغ

Durchfall اسہال

Verstopfung پبوست

Fieber(über 38 Grad Celsius) درجہ ۳۸ ہاں یا تب

Herzrasen قلب تپشہ

Brustschmerz سڀنہ فسہ درد ہ

Luftnot نفس تنگی

Schmerzen در Kopf سر

Zahn دندان

Hals گلو

Ohr گوش

Auge چشم

Finger انگشت

Hand دست

Arm بازو

Zehen پا انگشت

Fuß پا

Bein ران

Rücken	پشت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	شکم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	درد دیگری مشکله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen	میکندید عرق زیاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	مورپزشه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	پوست روی جوشه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	خارش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

دارپ د مشکل زمانه چه از؟ Seit wann haben Sie die Beschwerden?

seit Stunden ساعته چند

seit Tagen روزه چند

seit Wochen هفته چند