



Hebbintine dhe lande dho yandi on dyeedyaama. Dyabitodhon lande dhen fow ha timma yandi on dyedyaama e dhun tawa Dokter on faamay, hay s tawi dhe lande fewndo dho hitti ma hitta.
Füllen Sie den Fragebogen bitte aus. Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig und für den Arzt verständlich, egal, ob Sie es für Ihr aktuelles Problem für wichtig erachten oder nicht.

01. Inde • Name E-mail • E-Mail
Mbaadi mon • Familienstand Tel./Handy • Telefon/Handy
Golle/Firma • Beruf/Firma Faybhe • Kinder

02. On torama hollitugol ko mussata on kon fewndo dho! • Bitte schildern Sie Ihre jetzigen Beschwerden!

.....
.....

03. Nawnaadye hondhe wonndudhon e muudhun (ndaare liste on)? • Welche anderen Krankheiten haben Sie (s. Liste)?

-
- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bherde • Herz | <input type="checkbox"/> AVC • Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Tansion • Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Bhuddi • Thrombose | |
| <input type="checkbox"/> Sukkar • Zucker | <input type="checkbox"/> Foro • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Dyoppe • Lunge | <input type="checkbox"/> Asme • Asthma | |
| <input type="checkbox"/> Bronchit • Bronchitis | <input type="checkbox"/> Reedu • Magen | <input type="checkbox"/> Hahhande • Galle | <input type="checkbox"/> Heyre • Leber | <input type="checkbox"/> Hepatitis • Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Tete • Darm | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden • Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Endhi • Brust | <input type="checkbox"/> dyiidorgol • Gebärmutter | |
| <input type="checkbox"/> Bhoogne • Niere | <input type="checkbox"/> Vessie hibbirdho ndiyan on • Blase | <input type="checkbox"/> Prostate • Prostata | <input type="checkbox"/> dhadi dhin • Nerven | |
| <input type="checkbox"/> Muskle dyi dhin • Muskeln | <input type="checkbox"/> Gnie dhen • Knochen | <input type="checkbox"/> Gnie bhaawo ngon • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> dyokke • Gelenke | |
| <input type="checkbox"/> Dyokkule • Arthrose | <input type="checkbox"/> Mussu gnie • Rheuma | <input type="checkbox"/> Guuri • Haut | <input type="checkbox"/> Gite • Augen | |
| <input type="checkbox"/> Bhuddi • Tumor | <input type="checkbox"/> Irradiation • Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie • Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Sina dhun • sonstiges | |

04. Ko Operation dyi honndhi waddhu dhon (ndaare liste on)? • Welche Operationen hatten Sie (s. Liste)?

-
- | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bherde • Herz | <input type="checkbox"/> Foro • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Dyoppe • Lunge | <input type="checkbox"/> Reedu • Magen | <input type="checkbox"/> Hahhande • Galle | <input type="checkbox"/> Heyre • Leber |
| <input type="checkbox"/> Tete • Darm | <input type="checkbox"/> Appendice • Blinddarm | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden • Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Endhi • Brust | | |
| <input type="checkbox"/> Dyiidorgol • Gebärmutter | <input type="checkbox"/> Ngaytagol • Ausschabung | <input type="checkbox"/> Cesarien • Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Bhoogne • Niere | | |
| <input type="checkbox"/> Vessie hibbirdho ndiyan on • Blase | <input type="checkbox"/> Prostate • Prostata | <input type="checkbox"/> Gnie bhaawo ngon • Wirbelsäule | | | |
| <input type="checkbox"/> Dyokke • Gelenke | <input type="checkbox"/> Gnie dhen • Knochen | <input type="checkbox"/> Guuri • Haut | <input type="checkbox"/> Gite • Augen | | |

05. Ko hondhun e lekkele wonnudhon gnettude? • Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

06. Hidhon wonndi e allergie? • Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lekkeele • Medikamente | <input type="checkbox"/> Gnamettee dyi • Nahrungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Piidi • Pollen | <input type="checkbox"/> Goddhun go • andere |

07. Hidhon wondi...? • Neigen Sie zu...? yoru reedu • Verstopfung? dogudu reedu • Durchfall?

08. Hidhon sowi? • Schwangerschaft? hihi • ja o owoye • nein no gasa • vielleicht

09. poid mon on • Körpergewicht kg dyundi mo ndin • Körpergröße cm
 horagol • Gewichtsverlust kg sembugol • Gewichtszunahme kg
 bi hondo tuma? • Seit wann?
10. On fimay? • Rauchen Sie? Dhi dyelul? • Wie viel?
11. Honno yarrirton beere? • Wie viel Alkohol trinken Sie?
12. Ko vaccinatssion dyi hondhi gnettudhon? • Welche Impfungen haben Sie?
 Deftere fi vaccination dyi dhin • Impfpass Deftere fi thiellal • Vorsorgeheft – Addore mo! • Bringen Sie es mit!

13. Hidhon wondi e nawnaare ronnaande wano bhuddi ma siffa mun wano nde nawnaare (z. B. Sukkar)? • Gibt es Erb-,
 Tumor- oder Stoffwechselkrankheiten in der Familie (z. B. Zucker)?.....

14. Sina dhun • Sonstiges

© setzer verlag, keine Gewähr

Fax +49 (0) 7 11 / 63 323 62

Weitere tip-doc-Materialien und Sprachen unter www.tipdoc.de oder faxen Sie einfach diesen Bogen mit Ihrer Bestellung oder Ihren Wünschen.

Adresse und gewünschte Sprache nicht vergessen!!

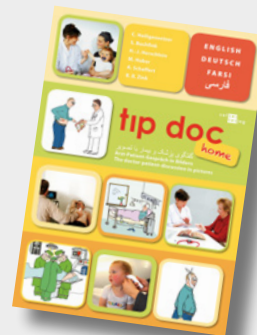
setzer verlag seyfferstraße 53, 70197 stuttgart, info@setzer-verlag.de



Kostenloser Download von Anamnesebögen und Therapieplänen in 30 Sprachen beim Verein [Bild und Sprache e.V.](http://www.medi-bild.de) unter www.medi-bild.de.

The book contains:

- most phrases you need at the doctor's with simple pictures and subtitles with translation
- cues, no long sentences:
 „tremble while resting“ - „tremble when moving“
- simple instructions: „flex muscles“ - „relax“
- extra page with FAQ, numbers and times:
 „When? Since when? How strong?“
- bilingual detailed medical history questionnaire



tip doc

Arzt-Patient-Gespräch in Bildern
Doctor-patient-discussion in pictures

Christina Heiligensetzer, Safiye Buchfink et al.

setzer verlag, stuttgart

ISBN 978-3-9813673-2-4 Farsi-Englisch-Deutsch

