



SOMALISCH/SOOMAALI

10. Störung der Sinneswahrnehmung

- *Arbushaada of dareen*

DEUTSCH

SOOMAALI

Veränderung/Störung der
Sinneswahrnehmung

Arbushaada of dareen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Fadlan calaamadi midka ku habboon

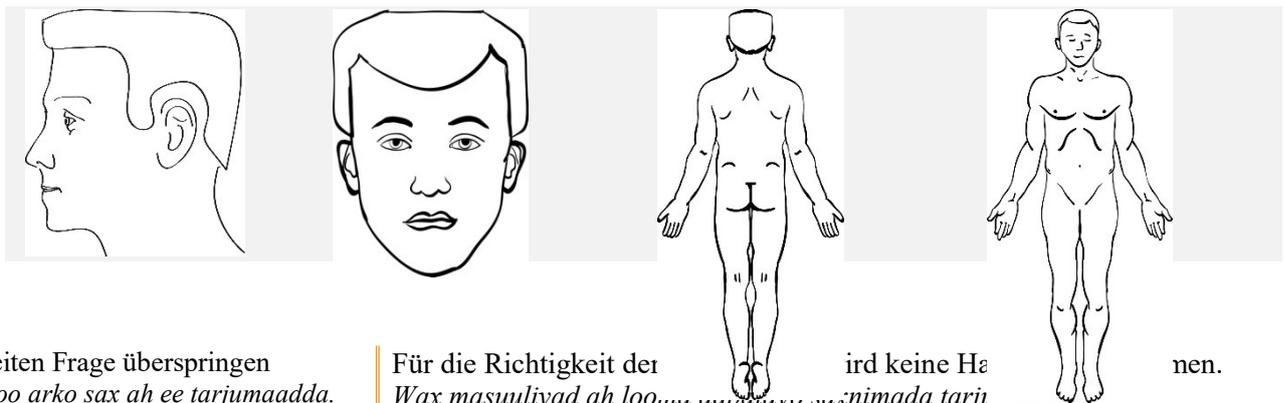
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	<i>Waxaan ku dhaawacmay ama shil.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	<i>Dib baan u yaqaan dhibaatooyinka.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	<i>Waxaan u lahaa disc a herniated ka hor.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	<i>Waxaan qabto cudur neerfaha yaqaan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<i>sclerosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	<i>Cudurka buro oo duurka ku ah habka dareemayaasha</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	<i>Waxaan uu istaroog horay.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	kabuubyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

Haddii ay sidaas tahay,

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

Taas oo qaybo ka mid ah jidhka ku saameeyo?





		Ja/ Haa	Nein/ MYA
Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.	Waxaan dareemayaa farqi u dhexeeya laba toortaha jidhkaygii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Tan iyo markii ay leeyihiin cabashooyinka aad ?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon</i>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Dhawr sacadood		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	Hal maalin		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	Laba (2) ilaa (6) cisho		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	Hal usbuuc wax ka badan		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	Hal bil		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Sidee cabashooyinka loo isticmaalo?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	hornimaadno		
<input type="checkbox"/> plötzlich	si lama filaan ah		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	by dhaawac / shilka		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	keeni karo dhacdo kale		

LÄHMUNG

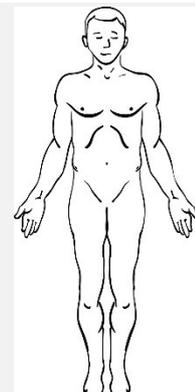
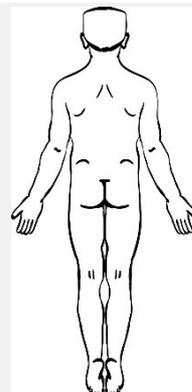
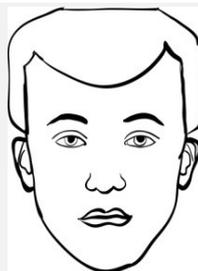
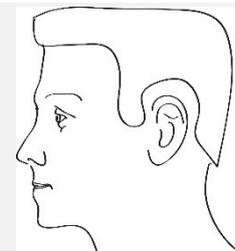
CURYAANNIMO

Wenn ja:

Haddii ay sidaas tahay,

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

Taas oo qaybo ka mid ah jidhka ku saameeyo?





		Ja/ Haa	Nein/ MYA
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	<i>Мои жалобы только на одной половине моего тела</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Пару часов</i>
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>

**JA/
HAA** **NEIN/
MYA**

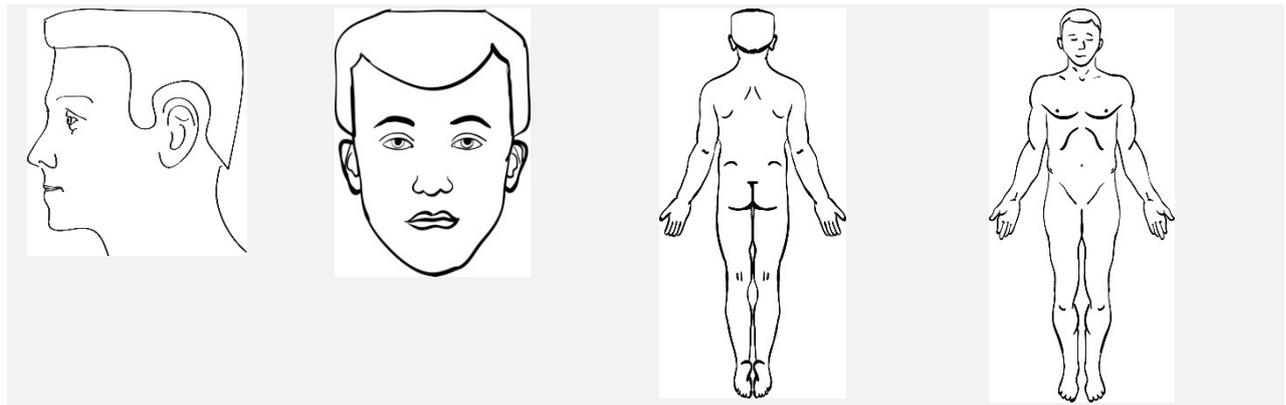
Mir ist schwindelig.	<i>У меня головокружительное</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln	<i>Зудеть</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:

Если да:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

*На каких областях тела?
Пожалуйста отметьте.*





		Ja/ Хаа	Nein/ MYA
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	<i>Мои жалобы только на одной половине моего тело.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.	ПОЖАЛУЙСТА ОТМЕТЬТЕ		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Пару часов</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
Welche Qualität haben die Beschwerden?	<i>Как проявляются ваши жалобы?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Пожалуйста отметьте</i>		
<input type="checkbox"/> zunehmend	<i>Увеличиваются</i>		
<input type="checkbox"/> konstant	<i>Неменяются</i>		
<input type="checkbox"/> abnehmend	<i>Уменьшаются</i>		
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	<i>То сильнее, то слабее</i>		
<input type="checkbox"/> wandernd	<i>С места на места</i>		
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	<i>Во время механического давления увеличиваются</i>		
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	<i>Уменьшаются когда я двигаюсь</i>		
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	<i>Увеличиваются когда я двигаюсь</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Kraftverlust	<i>Потеря силы</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

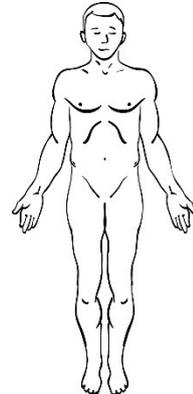
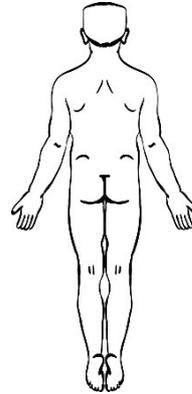
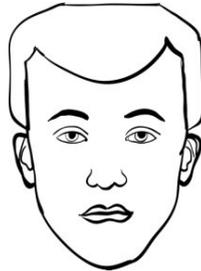
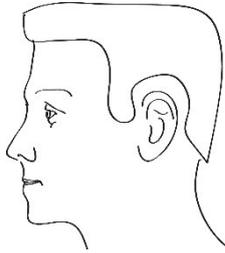
WENN JA:

ЕСЛИ ДА:



Welche Körperregionen sind
betroffen?

Где? Пожалуйста отметьте



Meine aktuellen Beschwerden
beschränken sich nur auf eine
Körperhälfte.

*Мои жалобы только на одной
половине моего тело.*

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

ein paar Stunden

Пару часов

1 Tag

1 день

2 bis 6 Tage

От 2 до 6 дней

über 1 Woche

Долше 1 недели

1 Monat

1 месяц

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

schleichend

Постепенно

plötzlich

Внезапно

durch eine Verletzung/einen Unfall

Из-за травмы/несчастного случая

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

Из-за другого события

JA/

NEIN/

HAА

MYA

Verlust des Geschmackssinnes

Потеря чувство вкуса

Seit wann bestehen Ihre
Beschwerden?

С каких пор у вас жалобы?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте

ein paar Stunden

Пару часов



<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen.	<i>Я вообще не чувствую вкус.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden.	<i>Я не могу различать горячо и холодно во рту.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen:	<i>Я не чувствую следующее:</i>		
<input type="checkbox"/> süß	<i>сладко</i>		
<input type="checkbox"/> sauer	<i>кисло</i>		
<input type="checkbox"/> salzig	<i>солёно</i>		
<input type="checkbox"/> bitter	<i>горько</i>		
<input type="checkbox"/> scharf	<i>остро</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Mein Gehör hat sich verschlechtert.	<i>Мой слух ухудшился.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<i>Если да:</i>		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Обя уха</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Толко одно ухо</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich höre nichts mehr.	<i>Я ничего больше не слышу.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<i>Если да:</i>		



<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Обя уха</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Толко одно ухо</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Mir ist schwindelig.	<i>У меня головокружение</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	<i>У меня боль в ушах.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Пару часов</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.	<i>У меня заново нарушилось зрение.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Если да:		
<input type="checkbox"/> einseitig	<i>На одном глазу</i>		
<input type="checkbox"/> beidseitig	<i>На обоих глазах</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich sehe verschwommen/unscharf.	<i>Я вижу нерезко.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	<i>Я плохо вижу в близи.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	<i>Я плохо вижу в далике.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ich habe Doppelbilder.	<i>Я вижу двойные изображения.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	<i>Я вижу как через туннель.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	<i>Я не различаю цвета.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	<i>У меня головокружение.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Пару часов</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Как возникли ваши жалобы?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Постепенно</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Внезапно</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Из-за травмы/несчастного случая</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Из-за другого события</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Ich habe meinen Geruchssinn verloren.	<i>Я потерял чувство обоняния</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.	<i>Я чувствую запахи хуже чем раньше.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen.	<i>Я чувствую только резкие и неприятные запахи.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>С каких пор у вас жалобы?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Пожалуйста отметьте		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Пару часов</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 день</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>От 2 до 6 дней</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Долше 1 недели</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 месяц</i>		



Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

Как возникли ваши жалобы?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schleichend | <i>Постепенно</i> |
| <input type="checkbox"/> plötzlich | <i>Внезапно</i> |
| <input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall | <i>Из-за травмы/несчастного случая</i> |
| <input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst | <i>Из-за другого события</i> |