



SOMALISCH/SOOMAALI

11. Gynäkologische Beschwerden - *cabashooyinka dumarka*

DEUTSCH

SOOMAALI

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

TAN IYO MARKA AAD LEEDAHAY CALAAMADAHA WAQTIGA?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon</i>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Dhawr sacadood</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>Hal maalin</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>Laba (2) ilaa (6) cisho</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Hal usbuuc wax ka badan</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>Hal bil</i>		
Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur Zeit zutrifft.	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon</i>		
		JA/ HAA	NEIN/ MYA
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang	<i>cabashooyinka inta lagu jiro dhaqdhaqaaqa mindhicirka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?	<i>kaadida oo adkaata</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen beim Wasserlassen.	<i>gubi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen nicht möglich	<i>kaadidu macquul maahan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin rot/blutig	<i>Kaadida cas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Menstruationsbeschwerden	<i>Qabqabashada guud caadada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsblutung mit Schmerzen	<i>Caadada dhiig xanuunka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Stillen des Kindes	<i>Cuntada carruurta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<i>Xanuun xilliga galmada.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Brüste	<i>Xanuunka Laabta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten in der Brust	<i>Laabta laabta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	<i>dheecaan ka soo bixiya naaska</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



vaginaler Ausfluss	<i>dheecaanka siilka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?	<i>haddii ay sidaas tahay, sidee?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon.</i>		
<input type="checkbox"/> gelb	<i>lacag</i>		
<input type="checkbox"/> blutig	<i>hoobtay</i>		
<input type="checkbox"/> übelriechend	<i>urayaan</i>		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	<i>Goorma ayuu ahaa maalintii ugu horeysay ee caadadeeda ugu dambeysay?</i>		
<input type="checkbox"/> heute	<i>maanta</i>		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	<i>1 ilaa 5 maalmood ka hor</i>		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	<i>3 todobaad ee la soo dhaafay</i>		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	<i>in ka badan 1 bil</i>		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	<i>in ka badan 6 bilood</i>		
<input type="checkbox"/> noch nie	<i>marna</i>		
		<i>Ja/ Haa</i>	<i>Nein/ Mya</i>
vaginaler Juckreiz oder Brennen	<i>cuncun ama gubashadii</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	<i>У меня климакс.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	<i>Мой климакс уже прошел.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	<i>Maquul ma tahay wax in aad uur leedahay?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	<i>Galmo joogta ah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	<i>Waxaan aan waligood galmada.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	<i>Aad looga hortago?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<i>haddii ay sidaas tahay:</i>		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	<i>Hormonally (tusaale ahaan, kiniiniga ka hortagga uurka)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	<i>cinjirka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<i>Waa wareeg joogto ah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal schwanger?	<i>Weligaa ma uur?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	<i>Ma leedahay caruur?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□			
Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	<i>dhalashada dhibaatooyinka?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	<i>daroogo ama ilmo iska soo ridid qalliin?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?	<i>xasuuqeen uurka? oo leh ilmo dhintay</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?	SIDEE U DHALATAY?		
<input type="checkbox"/> normal	<i>caadiga ah</i>		
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	<i>hawlgalka caesarean</i>		
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	<i>meeqa sano ayaad tahay? Fadlan calaamadi midka ku habboon.</i>		
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	<i>in ka yar 1 sano</i>		
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	<i>inta u dhaxaysa 1 iyo 3 sano</i>		
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	<i>in ka badan 3 sano</i>		
Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.	<i>qalliin lagu sameeyey? Fadlan calaamadi midka ku habboon.</i>		
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<i>ilmo-galeenka</i>		
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	<i>ugxan</i>		
<input type="checkbox"/> Brüste	<i>laabta</i>		
<input type="checkbox"/> Darm	<i>xiidmaha</i>		
<input type="checkbox"/> Blinddarm	<i>lifaaqa</i>		
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<i>kaadi haysta</i>		



anderes Bauchorgan *hay'ad kale*

Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Cudurada qoyska? Fadlan calaamadi midka ku habboon.

Diabetes mellitus *Diabetes mellitus*

Bluthochdruck *Cadaadis dhiig oo sarreeya*

Missbildungen *khalad*

Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe:

Brust *naasaha*

Gebärmutter *ilmo-galeenka*

Gebärmutterhals *afka ilmo-galeenka*

Eierstöcke *ugxan*

Darm *xiidmaha*

sonstige Organe *xubnaha kale*

Thrombose *thrombosis*

Lungenembolie *sambabaha embolie*

Blutgerinnungsstörung *khalkhalka xajinta dhiigga*

Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?

Waqtiga ugu dambeeya ee dhakhtarka dumarka

noch nie *marna*

im letzten Jahr *sanadkii la soo dhaafay*

in den letzten 5 Jahren *ee 5 sano ee lasoo dhaafay*

vor mehr als 5 Jahren *in ka badan 5 sano*

Schwangerschaft *uurka*

Gibt es irgendwelche Dokumente über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. *Waraqaha ku saabsan uurka. fadlan tus dhakhtarka.*

In welcher Schwangerschaftswoche *Immisa toddobaad uur leedahay?*



sind Sie? Bitte markieren Sie die Anzahl der Schwangerschaftswochen mit Kreuzen in den Kästchen.

□□□□□□□□□□□□□□□□...□

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Welche Blutgruppe haben Sie?	<i>Fadlan calaamadi midka ku habboon nooca dhiigga?</i>
<input type="checkbox"/> A	<i>A</i>
<input type="checkbox"/> B	<i>B</i>
<input type="checkbox"/> 0	<i>0</i>
<input type="checkbox"/> Rhesus positiv	<i>Resus +</i>
<input type="checkbox"/> Rhesus negativ	<i>Resus -</i>
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	<i>Goormay ahayd markii ugu dambeysay ee dumarka ah?</i>
<input type="checkbox"/> noch nie	<i>marna</i>
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	<i>sanadkii la soo dhaafay</i>
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	<i>ee 5 sano ee lasoo dhaafay</i>
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	<i>in ka badan 5 sano</i>