



TÜRKISCH/ TÜRKÇE

11. Gynäkologische Beschwerden

- *Jinekolojik rahatsızlıklar / Kadın doğum*

DEUTSCH

TÜRKÇE

hastalıkları

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

BU RAHATSIZLIĞINIZ NE ZAMAN BAŞLADI?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin

ein paar Stunden

Bir kaç saat

1 Tag

1 gün

2 bis 6 Tage

Dünden önce ama bir haftayı geçmedi

über 1 Woche

1 haftayı geçti

1 Monat

1 ay

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur
Zeit zutrifft.

*Lütfen sadece şu an ki durumunuzu tanımlayan
seçenekleri işaretleyin*

JA/EVE

NEİN/

T

HAYIR

Beschwerden oder Schwierigkeiten
beim Stuhlgang

*Tuvalet ihtiyacını giderirken
beliren rahatsızlık ve sıkıntılar*

Beschwerden oder Schwierigkeiten
beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?

*İşerken bir rahatsızlık belirliyor
mu? Beliriyorsa rahatsızlığınızı
tanımlarmısınız?*

Brennen beim Wasserlassen.

Yanma meydana geliyor

Wasserlassen nicht möglich

İşeyemiyorum

Urin rot/blutig

İdrarım rengi kırmızı/İdrarım kanlı

allgemeine
Menstruationsbeschwerden

Genel adet rahatsızlıkları

Menstruationsblutung mit Schmerzen

Ağrılı adet kanaması

Probleme beim Stillen des Kindes

Çocuk emzirme sorunları

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Cinsel ilişkide oluşan ağrılar

Schmerzen der Brüste

Meme ağrısı



Knoten in der Brust	<i>Göğüs düğümlenmesi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	<i>Meme akıntısı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginaler Ausfluss	<i>Vajinal akıntı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?	Evet ise vajinal akıntısını tanımlar mısınız?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin</i>		
<input type="checkbox"/> gelb	<i>Sarı</i>		
<input type="checkbox"/> blutig	<i>Kanlı</i>		
<input type="checkbox"/> übelriechend	<i>Kötü kokulu</i>		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	Son adetinizin ilk günü ne zamandı??		
<input type="checkbox"/> heute	<i>Bugün</i>		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	<i>En fazla 5 gün evvel</i>		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	<i>Son 3 hafta içersinde</i>		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	<i>1 aydan önce</i>		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	<i>6 aydan önce</i>		
<input type="checkbox"/> noch nie	<i>Hiç olmadı</i>		
		Ja/Evet	Nein/ Hayır
vaginaler Juckreiz oder Brennen	<i>Vajinal kaşıntı veya yanma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	<i>Menopozdayım</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	<i>Ben menopoz dönemimi geçirdim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	<i>Hamile olma ihtimaliniz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	<i>Düzenli cinsel ilişkiniz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	<i>Şimdiye kadar cinsel bir ilişkim olmadı.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	<i>Korunuyormusunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	<i>Evet ise:</i>		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	<i>Hormonal (Örnek: Doğum kontrol hapı)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	<i>Prezervatif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<i>Adetinizi düzenli mi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Waren Sie schon einmal schwanger? *Daha önce hamile kaldınız mı?*

Haben Sie Kinder? *Çocuğunuz var mı?*

Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. *Evet ise, kaç çocuğunuz var? Lütfen çocuklarınızın sayısı kadar kareyi çarpı ile işaretleyin*
□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□

Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen? *Herhangi bir doğumunuzda veya doğumlarınızda komplikasyonlar oluştu mu?*

Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch? *Siz hiç ilaç veya ameliyat ile kürtaj yaptınız mı?*

Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren? *Hamileliğinizde çocuk düşürdüğünüz oldu mu?*

WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?

ÇOCUKLARINIZ NASIL DÜNYAYA GELDI?

normal *Normal*

per Kaiserschnitt *Sezeryan*

Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen. *Çocuklarınız kaç yaşında? Birden fazla çocuğunuz varsa birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.*

unter 1 Jahr *1 yaşından küçük*

zwischen 1 und 3 Jahren *1-3 yaş arasında*

über 3 Jahre *3 yaşından büyük*

Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen. *Şu organlarınızı kapsayan bir ameliyat geçirdiniz mi? Evet ise, lütfen o organları işaretleyin.*

Gebärmutter *Rahim*

Eierstöcke *Yumurtalıklar*

Brüste *Göğüsler*

Darm *Bağırsak*

Blinddarm *Apandis*

Gallenblase *Safra kesesi*

anderes Bauchorgan *Başka bir karın organı*



Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.	<i>Ailenizde ardışık hastalıklardan hangileri bulunuyor? Lütfen ilgili seçenekleri işaretleyin.</i>
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<i>Şeker hastalığı/Diyabet</i>
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<i>Yüksek tansiyon</i>
<input type="checkbox"/> Missbildungen	<i>Biçimsizlik</i>
<input type="checkbox"/> Bösertige Erkrankung an einem der folgenden Organe:	<i>Ardışık organlarda ciddi:</i>
<input type="checkbox"/> Brust	<i>Göğüs</i>
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<i>Rahim</i>
<input type="checkbox"/> Gebärmutterhals	<i>Rahim boynu</i>
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	<i>Yumurtalıklar</i>
<input type="checkbox"/> Darm	<i>Bağırsak</i>
<input type="checkbox"/> sonstige Organe	<i>Başka organlar</i>
<input type="checkbox"/> Thrombose	<i>Tromboz</i>
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<i>Akciğer embolisi</i>
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<i>Kan pıhtılaşması</i>
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	<i>En son ne zaman bir kadın doktoruna gittiniz?</i>
<input type="checkbox"/> noch nie	<i>Hiç</i>
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	<i>Geçen sene</i>
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	<i>5 sene olmadı</i>
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	<i>5 seneyi geçti</i>
Schwangerschaft	Hamilelik
<input type="checkbox"/> Gibt es irgendwelche Dokumente über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt.	<i>Hamileliğinizle ilgili belgeler mevcut mu? Evet ise lütfen o belgeleri doktorunuza gösterin.</i>
<input type="checkbox"/> In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? Bitte markieren Sie die Anzahl der Schwangerschaftswochen mit Kreuzen in den Kästchen. □□ □□ □□ □□	<i>Hamileliğinizin kaçınıcı haftasındasınız? Lütfen haftaların sayısı kadar kareyi çarpı ile işaretleyin</i>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin</i>
<input type="checkbox"/> Welche Blutgruppe haben Sie?	<i>Kan grubunuz nedir?</i>



<input type="checkbox"/> A	A
<input type="checkbox"/> B	B
<input type="checkbox"/> 0	0
<input type="checkbox"/> Rhesus positiv	Resusc +
<input type="checkbox"/> Rhesus negativ	Resus -
Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?	En son ne zaman bir kadın doktoruna gittiniz?
<input type="checkbox"/> noch nie	Hiç
<input type="checkbox"/> im letzten Jahr	Geçen sene
<input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren	5 sene olmadı
<input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren	5 seneyi geçti