



ARABISCH/العربية

2. Vorerkrankungen

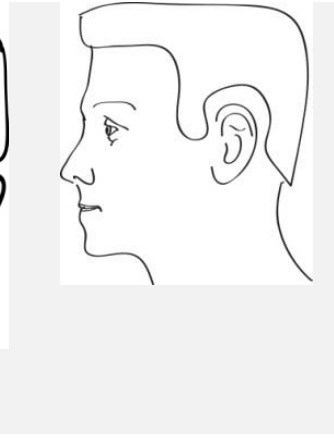
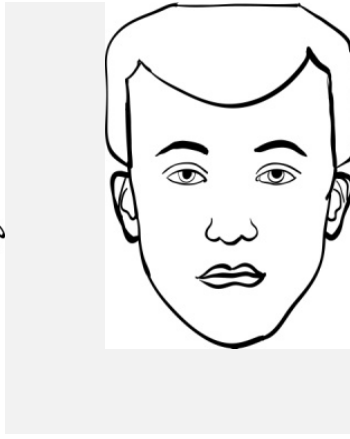
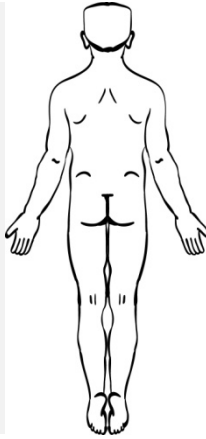
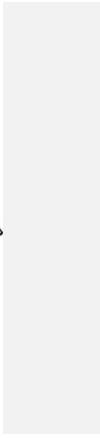
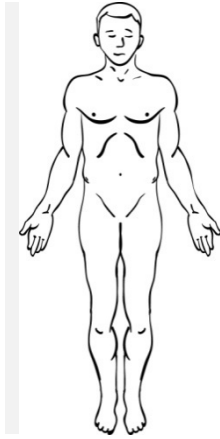
سابق مرض -

DEUTSCH

العربية

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك.

	Ja/ نعم	Nein/ لا
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt. مرض اضطراب المناعة الذاتية معروف عندي.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert? عمل جراحي سابق.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen. في حال نعم : رجاء وضع اين الجراحة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Herz-Kreislauf-Erkrankung

أمراض القلب و الدوران

	Ja/ نعم	Nein/ لا
Herzrythmusstörungen أمراض اضطراب نظم القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen. أنا عندي خفقان قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer دائما	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig بشكل نوبي (نوبات خفقان قلب)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern أنا عندي حالة توقف قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Herzschrittmacher-Operation

عملية لتركييب بطارية منبه للقلب

Ich nehme aus diesem Grund
Medikamente.

أنا أخذ الأدوية لهذا السبب

Bluthochdruck

ارتفاع ضغط الدم

Gefäßverschlüsse

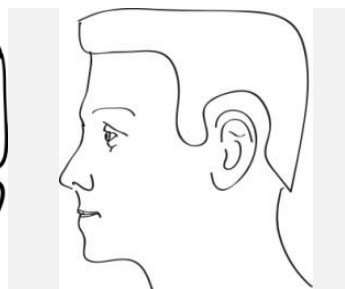
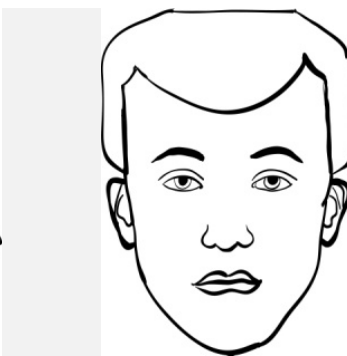
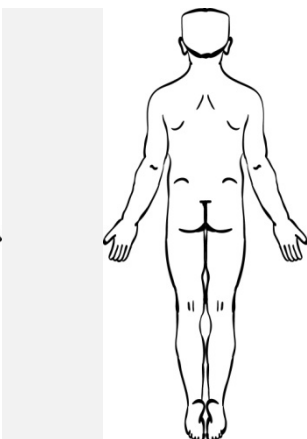
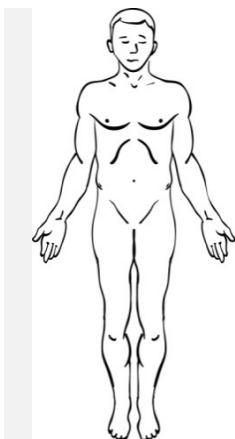
انسداد الأوعية الدموية

Ich hatte aus diesem Grund eine
Operation

أنا عملت عمل جراحي لهذا السبب

Stoffwechselerkrankungen أمراض التمثيل الغذائي

	Ja/ نعم	Nein/ لا
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/Spritze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chemotherapie

معالجة كيميائية

Bestrahlung

معالجة شعاعية (بالأشعة)

Arthrose

الالام مفصلية

Rheuma

روماتيزم

Chronisch entzündliche

الأمراض الالتهابية المزمنة للأمعاء



Darmerkrankung

Colitis ulcerosa التهاب القولون التقرحي

Morbus Crohn داء كرون

Atemwegserkrankung أمراض الطرق التنفسية

Chronisch obstruktive أمراض الرئة الإنسدادية المزمنة

Lungenerkrankung (COPD)

Asthma ربو

Infektionskrankheit

أمراض التهابية

	Ja/ نعم	Nein/ لا
HIV الأيدز (مرض نقص المناعة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis التهاب الكبد الفيروسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis السفلس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose داء السل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera داء الكوليرا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken جدري الماء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern الحصبة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln الحصبة الألمانية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie الدفتيريا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus حمى التيفوئيد / نظيرة التيفوئيد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konsumieren Sie eine oder mehrere der folgenden Substanzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

هل تتعاطى واحدة أو أكثر من هذه المواد، الرجاء ضع ضرب بجانب المادة المتعاطات.

	Ja/ نعم	Nein/ لا
Alkohol الكحول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak نيكوتين/التبغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen عقاقير أخرى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



أنا أخذ عقاقير , قنب , حشيش

Ich trinke Alkohol.

أنا أشرب الكحول