



SOMALISCH/SOOMAALI

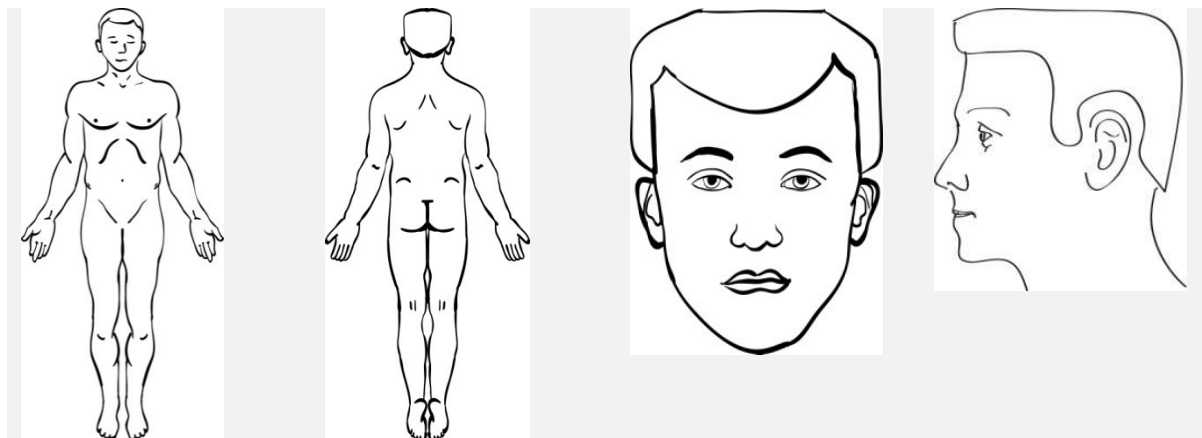
2. Vorerkrankungen - *xaaladaha pre-jira*

DEUTSCH

SOOMAALI

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. FADLAN CALAAMADI MIDKA KU HABBOON.

		Ja/ <i>haa</i>	Nein/ <i>maya</i>
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	<i>Aniga ahaan cudur shalalka loo yaqaan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert?	<i>Diyaar ma u tahay in lagu qalo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.	<i>Hadii ay haa tahay, xagee ? fadlan calamadee.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Herz-Kreislauf-Erkrankung

Kan damar hastalıkları

		Ja/ <i>haa</i>	Nein/ <i>maya</i>
Herzrhythmusstörungen	<i>Wadno garaac</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	<i>Waxaan leyahay Wadno xanuun</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	<i>markasta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	<i>Aniden oluşıyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	<i>Waxaan qabaa wadno xanuun saa' id ah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

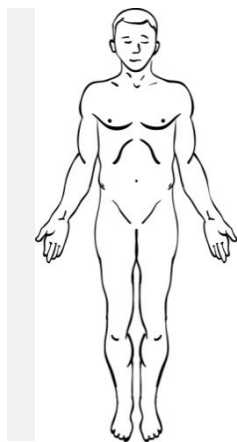


Herzschrittmacher-Operation	<i>Qaliinka wadnaha</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	<i>Xaladan aan ku Jiro kiniin ayaan u qadanayaa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<i>Cabiraada dhiiga</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	<i>Damar tıkanıklığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	<i>Xaladan hadii ay jirto qaliin ayn u bahnahay.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

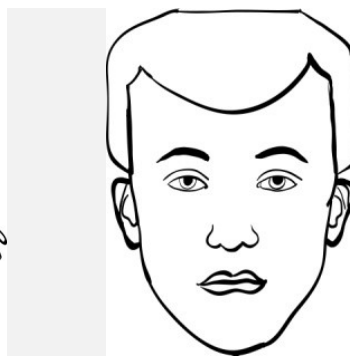
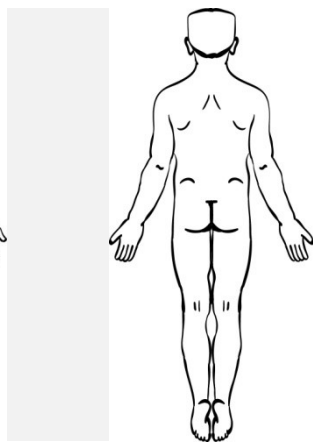
Stoffwechselerkrankungen

Cudurada jidhka ku warwareega

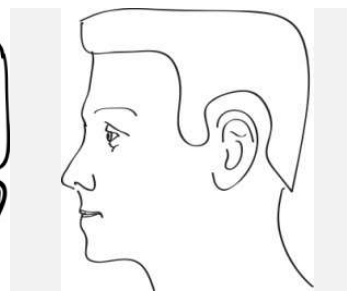
		Ja/ <i>haa</i>	Nein/ <i>maya</i>
Diabetes	<i>macaan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	<i>Kiniinka.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/Spritze	<i>Irbada.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	<i>Dhibaato ama xanuun kaa haysata xaga xubnaha sida (lalabatooyinka)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	<i>Jidhkaada korkiisa oo casaada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	<i>Miyaad ledahay Alerji kasi oo yimaada marka aad kiniinada qaarkood aad cunto.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien?	<i>Miyaad ledahay wax Alergi oo kaleh.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	<i>Ma leedahay buro? Haddii ay haa tahay, gobolka jidhka ka dhaansado.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chemotherapie



Kemoterapi



Bestrahlung	<i>Radyoterapi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<i>Osteoartrit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<i>Labatooyinka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chronisch entzündliche Darmerkrankung	<i>Cudur malawad oo caabuq leh</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulzerosa	Ulseratif kolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	<i>Cudurada bararka ee xidmuhu bararo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	<i>Cudurka neefsashada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Chronic pulmonary disease obstructive (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<i>Neefta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheit

Xanuunada infekshinka

		Ja/ <i>haa</i>	Nein/ <i>maya</i>
HIV	<i>HIV</i> <i>Aydhis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	<i>Hepatit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<i>Sifilis waraabow</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<i>Dhaxanta(TBda)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	<i>Daacunka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<i>Busbuska</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<i>Jadeecada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<i>rubella</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<i>Difteria</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	<i>Tiifowga / laambiya</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Fadlan calaamadi midka ku habboon

		Ja/ <i>haa</i>	Nein/ <i>maya</i>
Alkohol	<i>Khamriga</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	<i>Tobaakada ama sigaarka</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	<i>Mandoriyaha sida (Darogada)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	<i>Waxaan qataa Daroogada (sida darogada midhaha ah)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich trinke Alkohol.</i>	<i>Waxaan cabaa Khamriga</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>