



TÜRKISCH/ TÜRKÇE

4. Atembeschwerden **- Solunum rahatsızlığı**

DEUTSCH

TÜRKÇE

Seit wann haben Sie Atembeschwerden? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

ein paar Stunden

1 Tag

2 bis 6 Tage

über 1 Woche

1 Monat

immer

Solunum rahatsızlığınız ne zamandır sürüyor? Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin

Bir kaç saat

1 gün

Dünden önce ama bir haftayı geçmedi

1 haftayı geçti

1 ay

Devamlı

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

LÜTFEN UYGUN SEÇENEKLERİ İŞARETLEYİN

		Ja/ Evet	Nein/ Hayır
Ich habe Atemnot.	<i>Solunum yetmezliğim var</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	<i>Benim geceleri nefesim kesiliyor Benim geceleri nefesim kesiliyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schlafstörungen.	<i>Benim uyku bozukluğum var</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<i>Başka türlü nefes alamadığım için, sadece oturarak uyuyabiliyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche sehr laut.	<i>Ben yüksek sesle horluyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	<i>Bacaklarımda şişlik var.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn Sie Atemnot haben, wann tritt diese auf?

Solunum yetmezliğiniz ne zaman beliriyor?

<input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung	<i>Yorgunluktan</i>		
<input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen	<i>Geceleri veya uzanırken</i>		
<input type="checkbox"/> Haben Sie Husten? Wenn ja:	<i>Öksürüyor musunuz? Evet ise:</i>		
<input type="checkbox"/> trockener Husten	<i>Kuru öksürük / Balgamsız öksürük</i>		
<input type="checkbox"/> Reizhusten	<i>Öksürmemi tahrik eden etkenler var</i>		
<input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf	<i>Yaş öksürük / Balgamlı öksürük</i>		
<input type="checkbox"/> krampfartiger Husten	<i>Şiddetli öksürük</i>		
<input type="checkbox"/> Wann haben Sie Husten?	<i>Ne zaman öksürüyorsunuz?</i>		
<input type="checkbox"/> nachts	<i>Geceleri</i>		
<input type="checkbox"/> morgens	<i>Sabahları</i>		
<input type="checkbox"/> mittags	<i>Öğlenleri</i>		
<input type="checkbox"/> abends	<i>Akşamları</i>		
<input type="checkbox"/> immer	<i>Devamlı</i>		
<input type="checkbox"/> nur im Liegen	<i>Sadece yatıp uzandığım zaman</i>		
		Ja/ Evet	Nein/ Hayır
Sind Sie heiser?	<i>Sesiniz kısık mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie Tabak?	<i>Sigara kullanıyormusunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?	<i>Solunum rahatsızlığınız yorulduğunuzda mı beliriyor?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?	<i>Hareket etmediğiniz halde solunum rahatsızlığı çekiyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeengt an?	<i>Göğüsünüzde bir daralma hissediyor musunuz?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn ja, wann fühlt sich
ihr Brustkorb eingeengt
an?

*Evet ise, bu daralma hissini ne
zaman hissediyorsunuz?*

bei körperlicher Anstrengung
oder Belastung

Yorulduğumda

in Ruhe

Istirahat ederken