



Französisch/Français

10. Störung der Sinneswahrnehmung *- Trouble de la perception sensorielle*

DEUTSCH

FRANÇAIS

Veränderung/Störung der
Sinneswahrnehmung

Changement / perturbation de la
perception sensorielle

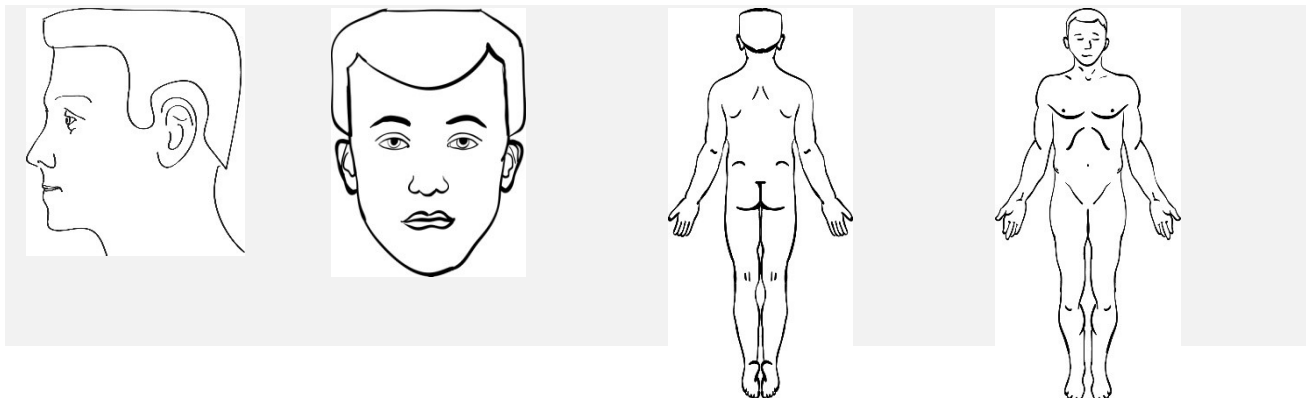
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Veillez cocher la case appropriée.

		JA/ OUI	NEIN/ NON
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	je me suis blessé ou j'ai eu un accident.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	J'ai déjà eu des problèmes de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	J'ai déjà eu une hernie discale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	J'ai une maladie neurologique connue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	Maladie tumorale dans la région du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	J'ai déjà eu un accident vasculaire cérébral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Si oui:		

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.

Quelles régions du corps sont touchées? Veuillez les indiquer.





		Ja/ oui	Nein/ non
Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.	Je sens une différence entre les deux parties de mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Depuis quand avez-vous ces plaintes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. <i>Veillez cocher la case appropriée.</i>			
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Quelques heures</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 jours</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>De 2 à 6 jours</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Depuis plus d'une semaine</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 mois</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Comment les plaintes ont-elles commencé?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Lentement</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>tout à coup</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>par une blessure / accident</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>déclenché par un autre événement</i>		
LÄHMUNG	PARALYSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wenn ja:</i>	<i>Si oui:</i>		
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	<i>Quelles régions du corps sont touchées? S'il vous plaît dessiner.</i>		



		Ja/ oui	Nein/ non
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Mes plaintes actuelles sont limitées à la moitié de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Depuis quand avez-vous ces plaintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. VEUILLEZ COCHER LA CASE APPROPRIÉE.

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Quelques heures</i>
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 jours</i>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>De 2 à 6 jours</i>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>Plus d'un mois</i>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 mois</i>

Wie haben die Beschwerden eingesetzt? comment les plaintes ont-elles commencé?

<input type="checkbox"/> schleichend	lentement
<input type="checkbox"/> plötzlich	tout à coup
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	par une blessure / accident
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	déclenché par un autre événement

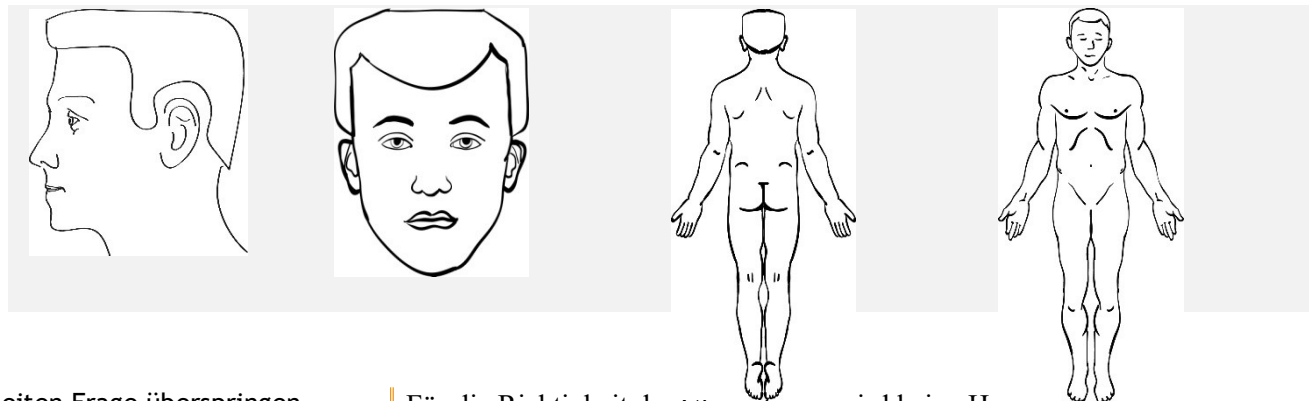
JA/ OUI NEIN/ NON

Mir ist schwindelig.	J'ai des vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------

Kribbeln	picotement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja: Si oui:

Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen. Quelles régions du corps sont touchées? Veuillez les indiquer.





		Ja/ oui	Nein/ non
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Mes plaintes actuelles sont limitées à la moitié de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Depuis quand as-tu des plaintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------	--------------------------

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE.

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	quelques heures
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 jour
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	2 à 6 jours
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	plus d'une semaine
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 mois

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

Comment les plaintes ont-elles commencé?

<input type="checkbox"/> schleichend	Lentement
<input type="checkbox"/> plötzlich	tout à coup
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	par une blessure / accident
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	déclenché par un autre événement

Welche Qualität haben die Beschwerden?

Quelle est la qualité des plaintes?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Veillez cocher la case appropriée.

<input type="checkbox"/> zunehmend	de plus en plus
<input type="checkbox"/> konstant	constante
<input type="checkbox"/> abnehmend	Diminue
<input type="checkbox"/> mal stärker, mal schwächer	parfois plus fort, parfois plus faible
<input type="checkbox"/> wandernd	Changeant d'endroit
<input type="checkbox"/> bei mechanischem Druck stärker werdend	devenir plus fort avec une pression mécanique
<input type="checkbox"/> wird weniger, wenn ich mich bewege	Devient moins forte quand je bouge
<input type="checkbox"/> wird stärker, wenn ich mich bewege	devient plus fort quand je bouge



		NEIN/ NON
		JA/ OUI
Kraftverlust	<i>perte de force</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
WENN JA:	SI OUI :	
<input type="checkbox"/> Welche Körperregionen sind betroffen?	<i>Quelles régions du corps sont touchées?</i>	
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Mes plaintes actuelles sont limitées à la moitié de mon corps.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Depuis quand avez-vous ces plaintes?	
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Veuillez cocher la case appropriée.	
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	quelques heures	
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 jour	
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	De 2 à 6 jours	
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	plus d'une semaine	
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 mois	
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Comment les plaintes ont-elles commencé?	
<input type="checkbox"/> schleichend	lentement	
<input type="checkbox"/> plötzlich	tout à coup	
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	par une blessure / accident	
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	déclenché par un autre événement	



		JA/ OUI	NEIN/ NON
Verlust des Geschmackssinnes	<i>Perte du sens du goût</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Depuis quand ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.		Veuillez cocher la case appropriée.	
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	quelques heures		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 jour		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	2 à 6 jours		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	plus d'une semaine		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 mois		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Comment les plaintes ont-elles commencé?		
<input type="checkbox"/> schleichend	lentement		
<input type="checkbox"/> plötzlich	tout à coup		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	par une blessure / accident		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	déclenché par un autre événement		
		JA/OUI	NEIN/ NON
Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen.	je ne peux percevoir aucun goût.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden.	Je ne peux pas faire la différence entre le chaud et le froid dans ma bouche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen:	Je ne peux plus percevoir la/les saveur(s) suivante:		
<input type="checkbox"/> süß	Sucre		
<input type="checkbox"/> sauer	Acide		
<input type="checkbox"/> salzig	Salé		
<input type="checkbox"/> bitter	Amer		
<input type="checkbox"/> scharf	Piquant		
		JA/ OUI	NEIN/ NON
Mein Gehör hat sich verschlechtert.	<i>Mon audition s'est détériorée.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn ja:	Si oui :		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Les deux oreilles</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Une seule oreille</i>		
		JA/ OUI	NEIN/ NON
Ich höre nichts mehr.	<i>Je n'entend plus rien.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Si oui:		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Les deux oreilles</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Une seule oreille</i>		
		JA/ OUI	NEIN/ NON
Mir ist schwindelig.	<i>Je me sens étourdi.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	<i>J'ai mal à l'oreille.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Depuis quand avez-vous ces plaintes?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Veillez cocher la case appropriée.</i>		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>quelques heures</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 jour</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>De 2 à 6 jours</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>plus d'une semaine</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 mois</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Comment les plaintes ont-elles commencé?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Lentement</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>tout à coup</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>par une blessure / accident</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>déclenché par un autre événement</i>		
		JA/ OUI	NEIN/ NON
Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.	<i>J'ai de nouveaux problèmes de vision.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Si oui:		
<input type="checkbox"/> einseitig	<i>D'un côté</i>		
<input type="checkbox"/> beidseitig	<i>Des deux côtés</i>		



		JA/ OUI	NEIN/ NON
Ich sehe verschwommen/unscharf.	Je vois flou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	Je ne peux pas bien voir de près.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	Je ne peux pas bien voir de loin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	J'ai des doubles images.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	Je vois comme à travers un tunnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	Je ne peux plus distinguer les couleurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	Je me sens étourdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Depuis quand avez-vous ces plaintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Veuillez cocher la case appropriée.		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	quelques heures		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 jour		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	De 2 à 6 jours		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	plus d'une semaine		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 mois		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Comment les plaintes ont-elles commencé?		
<input type="checkbox"/> schleichend	lentement		
<input type="checkbox"/> plötzlich	tout à coup		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	par une blessure / accident		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	déclenché par un autre événement		
		JA/ OUI	NEIN/ NON
Ich habe meinen Geruchssinn verloren.	J'ai perdu mon odorat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.	Je peux percevoir les odeurs moins bien que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen.	Je ne peux percevoir que des odeurs piquantes ou désagréables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Depuis quand avez vous ces plaintes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Veillez cocher la case appropriée.

ein paar Stunden

quelques heures

1 Tag

1 jour

2 bis 6 Tage

2 à 6 jours

über 1 Woche

plus d'une semaine

1 Monat

1 mois

Wie haben die Beschwerden
eingesetzt?

Comment les plaintes ont-elles commencé?

schleichend

Lentement

plötzlich

tout à coup

durch eine Verletzung/einen Unfall

par une blessure / accident

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

déclenché par un autre événement