



## **TÜRKISCH/ TÜRKÇE**

### **10. Störung der Sinneswahrnehmung**

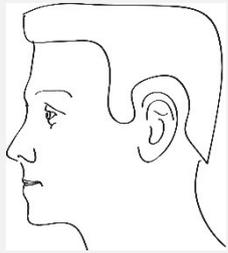
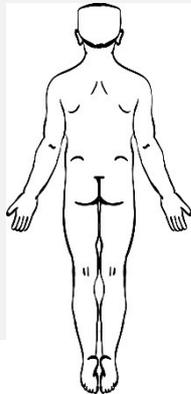
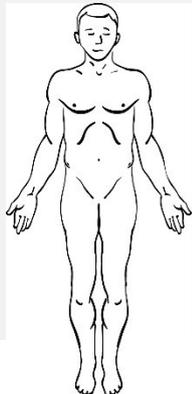
#### **- Duyularımda bir değişiklik/bozukluk var**

#### **DEUTSCH**

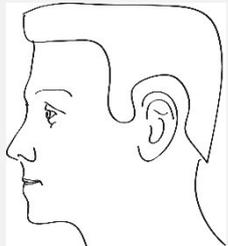
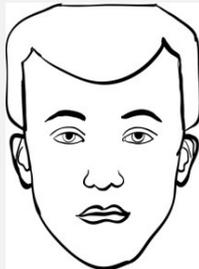
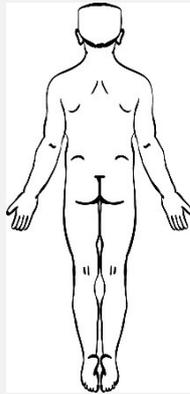
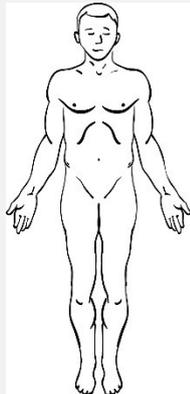
#### **TÜRKÇE**

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin

		JA/EVE T	NEIN/ HAYIR	
Ich habe mich verletzt oder hatte einen Unfall.	<i>Ben yaralandım veya bir kaza geçirdim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe bekannte Rückenprobleme.	<i>Belimde bilinen sorunlar var.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte schon einmal einen Bandscheibenvorfall.	<i>Benim bel fıtığım vardı.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe eine bekannte Nervenerkrankung.	<i>Benim bilinen bir sinir hastalığım var.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multiple Sklerose	<i>Multipl skleroz / MS hastalığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung im Bereich des Nervensystems	<i>Sinir sisteminde bulunan bir tümör hastalığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte bereits einen Schlaganfall.	<i>Bir beyin kanaması/ inme geçirdim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taubheitsgefühl	<i>Uyuşma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja:	Evet ise:			
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	<i>Vücudunuzun neresinde?</i>			
				
				Nein/ Her
Ich empfinde einen Unterschied zwischen meinen beiden Körperhälften.	<i>Bedenimin sağ kısmı ile sol kısmı bir değişiklik</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



	hissedebiliyorum		
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Rahatsızlığınız ne zaman başladı?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 gün		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	Dünden önce ama bir haftayı geçmedi		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	1 haftayı geçti		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 ay		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Rahatsızlığınız nasıl başladı?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Yavaş yavaş		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Aniden		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Bir yaralanmadan/kazadan sonra		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Başka bir nedenden dolayı tetiklendi		
LÄHMUNG	FELÇ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Evet ise:		
Welche Körperregionen sind betroffen? Bitte einzeichnen.	Vücudunuzun neresinde?		
			
		Ja/Evet	Nein/ Hayır
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Şu an ki rahatsızlıklarımın tamamı bedenimin sadece sağ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*veya sadece sol kısmında  
bulunuyor.*

Seit wann bestehen Ihre  
Beschwerden?

*Rahatsızlığınız ne zaman  
başladı?*

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES  
AN.**

**LÜTFEN UYGUN SEÇENEKLERİ İŞARETLEYİN**

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*

Wie haben die Beschwerden  
eingesetzt?

*Rahatsızlığınız nasıl başladı?*

schleichend

*Yavaş yavaş*

plötzlich

*Aniden*

durch eine Verletzung/einen Unfall

*Bir yaralanmadan/kazadan sonra*

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

*Başka bir nedenden dolayı tetiklendi*

**JA/EVE**

**NEİN/**

**T**

**HAYIR**

Mir ist schwindelig.

*Başım dönüyor*

**Kribbeln**

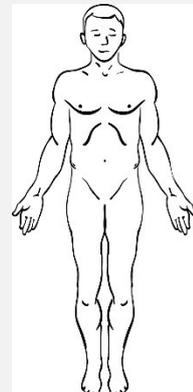
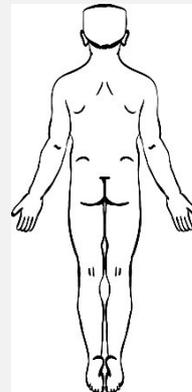
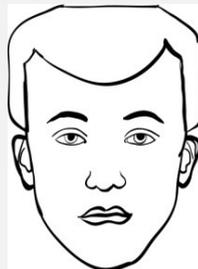
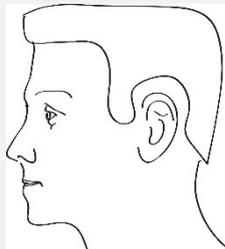
*Karıncalanma*

Wenn ja:

*Evet ise:*

Welche Körperregionen sind  
betroffen? Bitte einzeichnen.

*Vücudunuzun neresinde?*



Ja/Evet

Nein/

Hayır



Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.

*Şu an ki rahatsızlıklarımın*

*tamamı bedenimin sadece sağ veya sadece sol kısmında bulunuyor.*

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

*Rahatsızlığınız ne zaman başladı?*

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.**

**LÜTFEN UYGUN SEÇENEKLERİ İŞARETLEYİN**

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*

Wie haben die Beschwerden eingesetzt?

*Rahatsızlığınız nasıl başladı?*

schleichend

*Yavaş yavaş*

plötzlich

*Aniden*

durch eine Verletzung/einen Unfall

*Bir yaralanmadan/kazadan sonra*

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

*Başka bir nedenden dolayı tetiklendi*

Welche Qualität haben die Beschwerden?

*Ağrılarınızı tanımlayabilir misiniz?*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

*Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin*

zunehmend

*artıcı*

konstant

*sabit*

abnehmend

*azalan*

mal stärker, mal schwächer

*Kimi zaman şiddetli, kim zaman hafif*

wandernd

*vücudumu kapsıyor*

bei mechanischem Druck stärker werdend

*mekanik basınç altında şiddeti artıyor*

wird weniger, wenn ich mich bewege

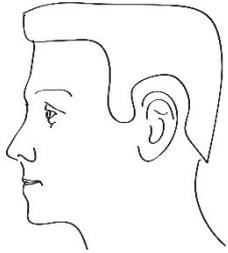
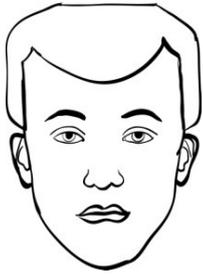
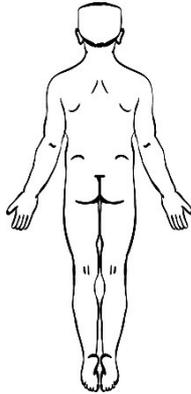
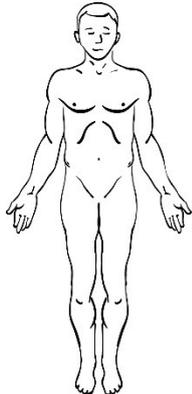
*Hareket ettiğimde hafifliyor*

wird stärker, wenn ich mich bewege

*Hareket ettiğimde şiddeti artıyor*



NEIN/  
JA/EVE HAYIR  
T

Kraftverlust	Halsizlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WENN JA:	EVET İSE:		
<input type="checkbox"/> Welche Körperregionen sind betroffen?	Vücudunuzun neresinde?		
			
Meine aktuellen Beschwerden beschränken sich nur auf eine Körperhälfte.	Şu an ki rahatsızlıklarımın tamamı bedenimin sadece sağ veya sadece sol kısmında bulunuyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	Rahatsızlığınız ne zaman başladı?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Bir kaç saat		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 gün		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	Dünden önce ama bir haftayı geçmedi		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	1 haftayı geçti		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 ay		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	Rahatsızlığınız nasıl başladı?		
<input type="checkbox"/> schleichend	Yavaş yavaş		
<input type="checkbox"/> plötzlich	Aniden		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	Bir yaralanmadan/kazadan sonra		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	Başka bir nedenden dolayı tetiklendi		



		JA/EVE T	NEİN/ HAYIR
Verlust des Geschmackssinnes	<i>Tat alma duyusunun kaybı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Rahatsızlığınız ne zaman başladı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Bir kaç saat</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 gün</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>Dünden önce ama bir haftayı geçmedi</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>1 haftayı geçti</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 ay</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Rahatsızlığınız nasıl başladı?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Yavaş yavaş</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Aniden</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Bir yaralanmadan/kazadan sonra</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Başka bir nedenden dolayı tetiklendi</i>		
		JA/EVE T	NEİN/ HAYIR
Ich kann überhaupt keinen Geschmack mehr wahrnehmen.	<i>Hiçbir şekilde tat alamıyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann heiß und kalt im Mundraum nicht unterscheiden.	<i>Ağızımda sıcak ve soğuşu ayırt edemiyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann folgende Geschmacksrichtung nicht mehr wahrnehmen:	Ardışık damak tadlarını hissedemiyorum		
<input type="checkbox"/> süß	<i>Tatlı</i>		
<input type="checkbox"/> sauer	<i>Ekşi</i>		
<input type="checkbox"/> salzig	<i>Tuzlu</i>		
<input type="checkbox"/> bitter	<i>Acı</i>		
<input type="checkbox"/> scharf	<i>Acı/Baharatlı</i>		
		JA/EVE T	NEİN/ HAYIR



Mein Gehör hat sich verschlechtert.	<i>Benim kulaklarım daha az duyuyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Evet ise:		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Her iki kulağım</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Tek kulağım</i>		
		<b>JA/EVE</b>	<b>NEİN/</b>
		<b>T</b>	<b>HAYIR</b>
Ich höre nichts mehr.	<i>Hiç bir şey duymuyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Evet ise:		
<input type="checkbox"/> beide Ohren	<i>Her iki kulağım</i>		
<input type="checkbox"/> nur ein Ohr	<i>Tek kulağım</i>		
		<b>JA/ DA</b>	<b>NEİN/</b>
			<b>HET</b>
Mir ist schwindelig.	<i>Başım dönüyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	<i>Kulaklarım ağrıyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Rahatsızlığınız ne zaman başladı?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Bir kaç saat</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 gün</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>Dünden önce ama bir haftayı geçmedi</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>1 haftayı geçti</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 ay</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Rahatsızlığınız nasıl başladı?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Yavaş yavaş</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Aniden</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Bir yaralanmadan/kazadan sonra</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Başka bir nedenden dolayı tetiklendi</i>		
		<b>JA/EVE</b>	<b>NEİN/</b>
		<b>T</b>	<b>HAYIR</b>
Ich habe neu aufgetretene Sehstörungen.	<i>Benim gözlerim son zamanlarda güzel görmüyor.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Evet ise:		
<input type="checkbox"/> einseitig	<i>Tek taraflı</i>		



beidseitig

*İki taraflı*

JA/EVE  
T NEİN/  
HAYIR

Ich sehe verschwommen/unscharf.	<i>Herşeyi bulanık görüyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann im Nahbereich nicht mehr gut sehen.	<i>Yakını iyi göremiyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann in der Ferne nicht mehr gut sehen.	<i>Uzağı iyi göremiyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Doppelbilder.	<i>Çifter çifter görüyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe wie durch einen Tunnel.	<i>Sanki bir tünelden bakıyor gibiyim</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Farben nicht mehr unterscheiden.	<i>Renkleri ayırt edemiyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist schwindelig.	<i>Başım dönüyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?	<i>Rahatsızlığınız ne zaman başladı?</i>		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Lütfen uygun seçenekleri işaretleyin		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Bir kaç saat</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 gün</i>		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>Dünden önce ama bir haftayı geçmedi</i>		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>1 haftayı geçti</i>		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 ay</i>		
Wie haben die Beschwerden eingesetzt?	<i>Rahatsızlığınız nasıl başladı?</i>		
<input type="checkbox"/> schleichend	<i>Yavaş yavaş</i>		
<input type="checkbox"/> plötzlich	<i>Aniden</i>		
<input type="checkbox"/> durch eine Verletzung/einen Unfall	<i>Bir yaralanmadan/kazadan sonra</i>		
<input type="checkbox"/> durch ein anderes Ereignis ausgelöst	<i>Başka bir nedenden dolayı tetiklendi</i>		
		JA/ HAYIR	NEİN/ HAYIR
Ich habe meinen Geruchssinn verloren.	<i>Ben koku alma duyumu yitirdim.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Gerüche weniger gut wahrnehmen als sonst.	<i>Kokuları her zamankinden daha az alabiliyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch scharfe oder unangenehme Gerüche wahrnehmen.	<i>Sadece keskin be hoş olmayan kokuları alabiliyorum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Seit wann bestehen Ihre  
Beschwerden?

*Rahatsızlığınız ne zaman  
başladı?*

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*

Wie haben die Beschwerden  
eingesetzt?

*Rahatsızlığınız nasıl başladı?*

schleichend

*Yavaş yavaş*

plötzlich

*Aniden*

durch eine Verletzung/einen Unfall

*Bir yaralanmadan/kazadan sonra*

durch ein anderes Ereignis ausgelöst

*Başka bir nedenden dolayı tetiklendi*