



ARABISCH/العربية

11. Gynäkologische Beschwerden

أنا عندي مشاكل نسائية -

DEUTSCH

العربية

SEIT WANN HABEN SIE DIESE
BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

منذ متى عندك هذه المعاناة (المشاكل) هذه المرة ؟

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	منذ بضعة ساعات
<input type="checkbox"/> 1 Tag	يوم واحد
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	من 2 إلى 6 أيام
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	أكثر من اسبوع
<input type="checkbox"/> 1 Monat	شهر واحد
Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur Zeit zutrifft.	رجاء ضع إشارة ضرب على الذي يناسبك :

JA/ نعم NEIN/ لا

Hatten Sie diese Beschwerden früher schon einmal?	هل عندك هذه المشاكل قبل هذه المرة ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang	مشاكل أو مصاعب أثناء التبرز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?	مشاكل أو مصاعب أثناء التبول, في حال نعم ما هي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen beim Wasserlassen.	حرقة أثناء التبول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen nicht möglich	التبول غير ممكن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin rot/blutig	البول لونه أحمر أو فيه دم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Menstruationsbeschwerden	عندي مشاكل بالدورة الشهرية بشكل عام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsblutung mit Schmerzen	عندي ألم و نزف أثناء الدورة الشهرية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Stillen des Kindes	عندي مشاكل أثناء الإرضاع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	عندي مشاكل أثناء الجماع (ممارسة الجنس)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Brüste	عندي ألم بالثدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten in der Brust	عندي عقدة في الثدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	عندي سيلانات من حلمة الثدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



vaginaler Ausfluss

عندي سيلان (سوائل) مهبلية

Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?

في حال نعم, كيف هي هذه السوائل المهبلية؟

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

رجاء ضع إشارة ضرب على ما يحصل معك

gelb

صفراء

blutig

دموية

übelriechend

رائحة كريهة

Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?

متى كان أول يوم لأخر دورة شهرية لديك؟

heute

اليوم

vor 1 bis 5 Tagen

من 1 إلى 5 أيام

innerhalb der letzten 3 Wochen

خلال الأسابيع الثلاثة الماضية

vor mehr als 1 Monat

قبل أكثر من شهر

vor mehr als 6 Monaten

قبل أكثر من 6 أشهر

noch nie

ليس هناك دورة أبدا

Ja/ نعم Nein/ لا

vaginaler Juckreiz oder Brennen

حكة و حرقة مهبلية

Ich bin in den Wechseljahren.

أنا في مرحلة العمرية المتبدلة

Ich hatte bereits die Wechseljahre.

أنا مررت بمرحلة العمرية المتبدلة (سن اليأس)

Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?

هل هناك إمكانية الحمل؟

Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?

هل تمارسين الجنس بشكل منتظم؟

Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.

أنا لم أمارس الجنس من قبل ابدا .

Verhüten Sie?

هل تستعملي مانع للحمل؟

Wenn ja:

إذا كان نعم له نظام معين

Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)

هرموني (مثال حبوب منع حمل)

Kondome

الواقي الذكري

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

ل الدورة الشهرية منتظمة؟

Waren Sie schon einmal schwanger?

هل كنتي يوما ما حامل؟

Haben Sie Kinder?

هل عندك أولاد؟

Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen.

في حال نعم : كم ولد؟ رجاء ضعني إشارة ضرب على المربع الذي يشير لعدد أولادك .

□□□□□□□□□□□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□



Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	ل كان لديك مشاكل أثناء ولادة أو أكثر من ولادة ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	هل عملتي إجهاض للحمل سواء بعمل جراحي أو دوائي ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?	هل هناك حالات إجهاض أثناء حمل ما ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?

كيف تمت ولاداتك السابقة ؟

<input type="checkbox"/> normal	طبيعي
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	عن طريق عمل قيصرية
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	ما عمر أولادك؟ في حال أكثر من ولد يمكن وضع أكثر من إشارة .
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	أقل من 1 سنة
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	بين 1 السنة و ال 3 سنوات
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	أكثر من 3 سنوات

Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.

هل عملت عمل جراحي على الأعضاء التالية :
في حال نعم ضع إشارة ضرب عليها :

<input type="checkbox"/> Gebärmutter	الرحم
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	المبيض
<input type="checkbox"/> Brüste	الثدي
<input type="checkbox"/> Darm	الأمعاء
<input type="checkbox"/> Blinddarm	الزائدة الدودية
<input type="checkbox"/> Gallenblase	المراة
<input type="checkbox"/> anderes Bauchorgan	أعضاء البطن الأخرى

Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

هل يوجد في عائلتك واحد أو أكثر من هذه الأمراض التالية ؟
رجاء ضع إشارة ضرب على المرض الموجود .

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	داء السكري
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	ارتفاع ضغط الدم
<input type="checkbox"/> Missbildungen	سوء التخلق



Frauenarzt?

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> noch nie | لا يوجد أبدا زيارة |
| <input type="checkbox"/> im letzten Jahr | السنة الماضية |
| <input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren | منذ خمس سنوات ماضية |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren | قبل أكثر من خمس سنوات |