



Französisch/Français

12. Schwellung, Ödeme - *Gonflement, oedème*

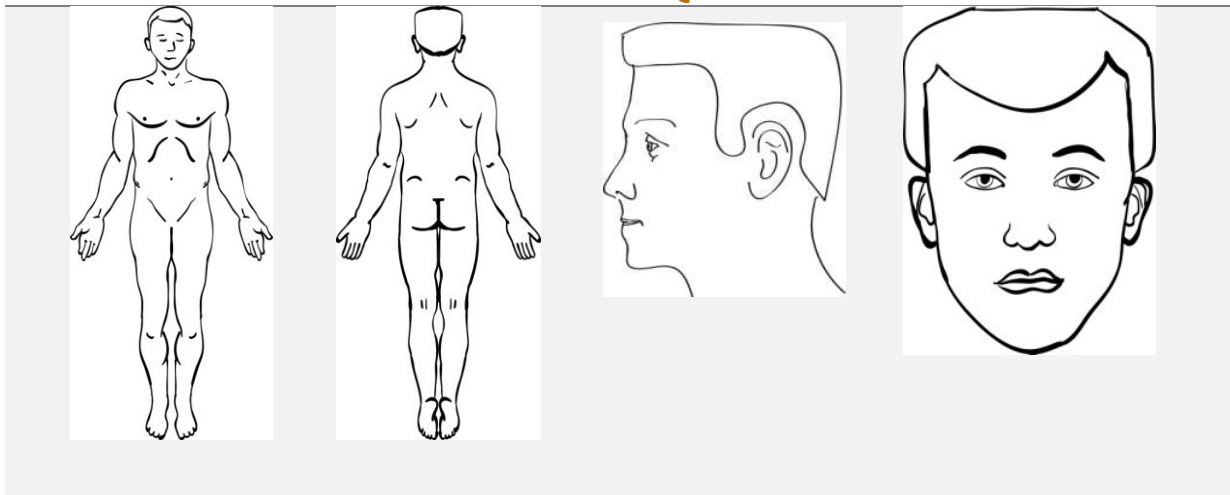
DEUTSCH

FRANÇAIS

**WO IST DIE SCHWELLUNG?
BITTE EINZEICHNEN.**

**OU SE SITUE LA/LES ZONE(S)
ENFLE(S) ?**

MARQUEZ LA/LES CI DESSOUS.



JA/
OUI

NEIN/
NON

Haben Sie oder hatten Sie innerhalb
der letzten Woche eine Erkältung?

*Est-ce que vous étiez enrhumé
au cours de la semaine dernière?*

Haben Sie Zahnschmerzen?

Avez vous mal au dents?

Die Schwellung hat sich langsam
entwickelt.

*Les gonflements se sont étendus
lentement.*

Die Schwellung ist plötzlich
aufgetreten.

*Le gonflements sont apparu
soudainement.*



Haben Sie Schmerzen an der geschwollenen Stelle?	<i>Ressentez vous une gêne ou des douleurs aux niveaux des gonflements</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------	--------------------------

WENN JA: DIE SCHMERZEN WERDEN *SI OUI, LES DOULEURS DEVIENNENT*

<input type="checkbox"/> - mehr	<i>Plus fortes</i>
<input type="checkbox"/> - weniger	<i>Moins fortes</i>

Ist der geschwollene Bereich gerötet?	<i>Est-ce que la zone enflée est aussi rouge?</i>
---------------------------------------	---

Wenn ja: Die Rötung werden	<i>Si oui, les rougeurs deviennent</i>
----------------------------	--

<input type="checkbox"/> - mehr	<i>Plus importante</i>
<input type="checkbox"/> - weniger	<i>Moins importante</i>

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	<i>Veillez cocher ci-dessous la/ les cases correspondante(s).</i>
------------------------------------	---

Wann ist die Schwellung am stärksten?	<i>Quand est ce que votre œdème/ gonflement est à son maximum?</i>
---------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Nachts	<i>La nuit</i>
<input type="checkbox"/> Morgens	<i>Le matin</i>
<input type="checkbox"/> Mittags	<i>Vers midi</i>
<input type="checkbox"/> Abends	<i>L'après midi</i>
<input type="checkbox"/> Immer	<i>Toujours</i>

<input type="checkbox"/> Die Schwellung ist unabhängig von der Tageszeit.	<i>L'état du gonflement n'est pas dépendant des horaires</i>
---	--

Welches Ereignis ging der Schwellung voraus?	<i>Qu'est-ce qu'il vous est arrivé avant l'apparition du gonflement ?</i>
--	---

<input type="checkbox"/> Insektenstich	<i>Piqûre d'insecte</i>
<input type="checkbox"/> Verletzung	<i>blesure</i>
<input type="checkbox"/> Unfall	<i>accident</i>
<input type="checkbox"/> Operation	<i>opération</i>
<input type="checkbox"/> starke körperliche Belastung	<i>Effort physique intense</i>

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen.	<i>Avez-vous une des maladies suivantes ?</i>
---	---

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	<i>Maladies cardiovasculaires</i>
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber	<i>Maladies du foie</i>
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren	<i>Maladies rénales</i>