

Französisch/ Français

2. Vorerkrankungen -Antécédents médicaux

DEUTSCH

FRANÇAIS

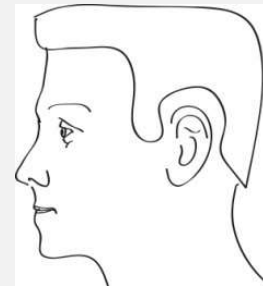
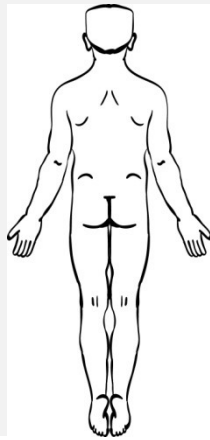
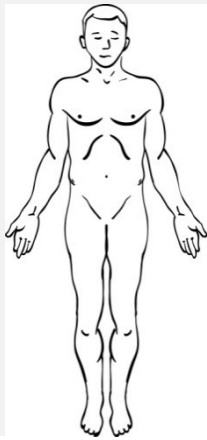
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Veillez cocher la case correspondante.

		Ja/ oui	Nein/ non
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	J'ai une maladie auto-immune connue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert?	Avez-vous déjà été opéré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.

Si oui, veuillez marquer la zone concernée.



Herz-Kreislauf-Erkrankung

Maladie Cardio-vasculaire

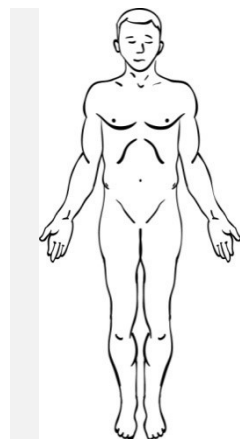
		Ja/ oui	Nein/ non
Herzrhythmusstörungen	Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	J'ai des tachycardies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Toujours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallartig	Episodiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	J'ai des arythmies/ palpitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



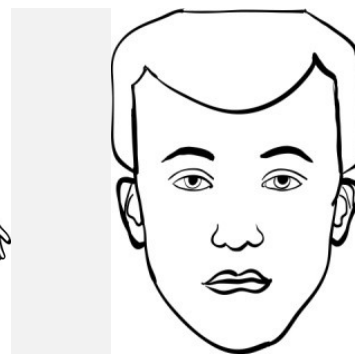
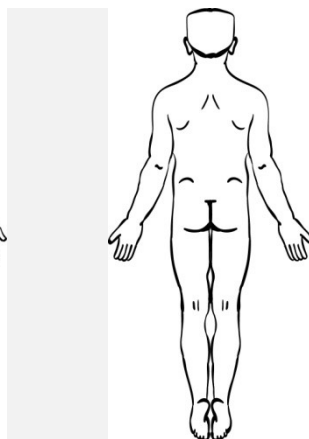
Herzschrittmacher-Operation	Implantation d'un stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	Je prends à cause de cela des médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	obstruction vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	Je me suis fait(e) opérer à cause de cela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen *Maladies métaboliques*

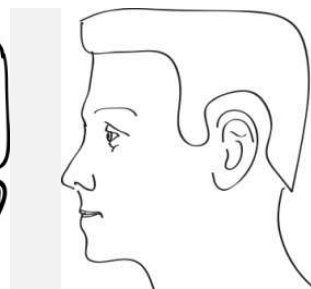
		Ja/ oui	Nein/ non
Diabetes	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/Spritze	Insuline/Seringue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	Trouble fonctionnel de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	Problèmes de Coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	Êtes-vous allergique à certains médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien?	Avez-vous d'autres allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	Êtes-vous atteint d'une maladie tumorale ? Si oui, veuillez marquer la zone concernée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chemotherapie



Chimiothérapie



Bestrahlung	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chronisch entzündliche Darmerkrankung	<i>Maladie inflammatoire chronique de l'intestin</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa	Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	Maladie des voix respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheit

Maladies infectieuses

		Ja/ oui	Nein/ non
HIV	VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	Virus de l'hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	Typhus/Paratyphus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konsumieren Sie eine oder mehrere der folgenden Substanzen? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Consommer vous une ou plusieurs des substances suivantes ? Veuillez cocher la/ les réponse(s) correspondante(s).

		Ja/ oui	Nein/ non
Alkohol	Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	Nicotine/Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	Autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	Je prends des drogues (y compris le cannabis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke Alkohol.	Je bois de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>