



## **TÜRKISCH/ TÜRKÇE**

### **2. Vorerkrankungen** **- önceden var olan koşullar**

## **DEUTSCH**

## **TÜRKÇE**

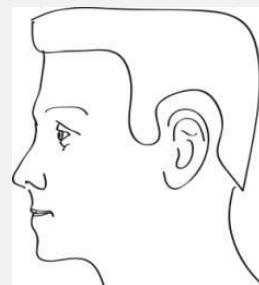
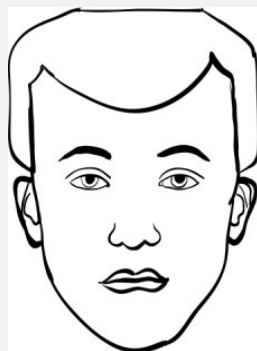
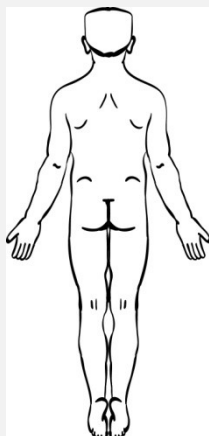
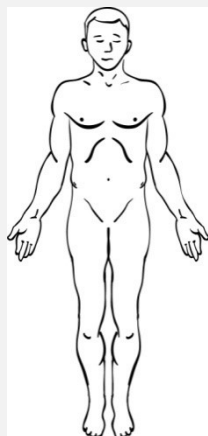
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Пожалуйста отметьте крестиком.

		Ja/ evet	Nein/ hayır
Bei mir ist eine Autoimmunerkrankung bekannt.	Benim bilinen bir özbağışıklık rahatsızlığım var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits operiert?	Bir ameliyat geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen.

Lütfen ameliyat olduğunuz bölgeyi veya bölgeleri çizerek belirtin.



### **Herz-Kreislauf-Erkrankung**

### **Kan damar hastalıkları**

		Ja/ evet	Nein/ hayır
Herzrhythmusstörungen	Kan damar hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzrasen.	Çarpıntım var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Devamlı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

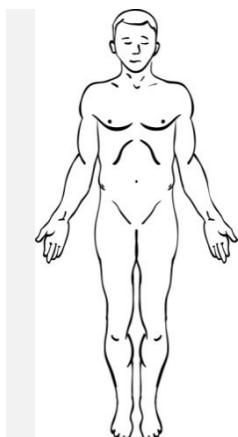


Anfallartig	<i>Aniden oluşuyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Herzstolpern	<i>Benim kalbim tekliyor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher-Operation	<i>Kalp pili ameliyatı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme aus diesem Grund Medikamente.	<i>Ben bu rahatsızlıklardan dolayı ilaçlar kullanıyorumç</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<i>Yüksek tansiyon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßverschlüsse	<i>Damar tıkanıklığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte aus diesem Grund eine Operation	<i>Bu nedenle bir ameliyat geçirdim.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

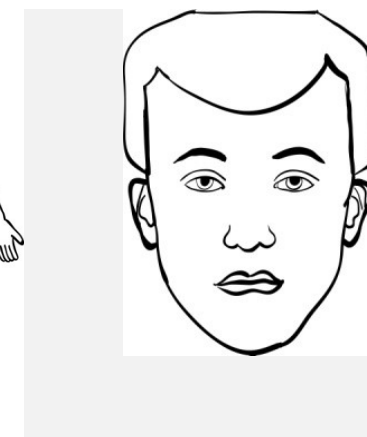
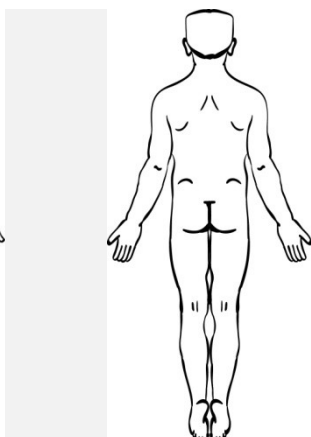
**Stoffwechselerkrankungen**

**Metabolizma bozukluğu**

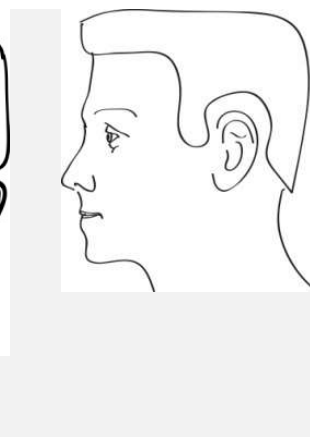
		Ja/ evet	Nein/ hayır
Diabetes	<i>Şeker hastalığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletten	<i>İlaçlar/Haplar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin/Spritze	<i>Enşülin/İğne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Schilddrüse	<i>Tiroit bozukluğu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörung	<i>Kan pıhtılaşması</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?	<i>Belirli ilaçlara karşı alerjiniz var mı?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Allergien?	<i>Başka alerjiniz bulunuyor mu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, bitte die Körperregion einzeichnen.	<i>Tümör hastalığınız bulunuyor mu? Böyle bir hastalığınız bulunuyorsa, lütfen ilgili vücut bölgesini çizerek tanımlayın.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chemotherapie



Kemoterapi



Bestrahlung	<i>Radyoterapi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<i>Artoz/Osteoartrit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Rheuma	<i>Romatizma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung	<i>Kronik iltihaplı bağırsak hastalığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulzerosa	<i>Ülseratif kolit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	<i>Crohn hastalığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	<i>Solunum rahatsızlığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<i>Kronik obstrüktif akciğer hastalığı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<i>Astım</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Infektionskrankheit

### Enfeksiyon/ Bulaşıcı hastalık

		Ja/ evet	Nein/ hayır
HIV	<i>HIV virüsü</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus-Hepatitis	<i>Hepatit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis	<i>Frenği/Sifilis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<i>Verem/Tüberküloz</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholera	<i>Kolera</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<i>Su çiçeği</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<i>Kızamık</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<i>Kızamıkçık</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difterie	<i>Difteri/Kuşpalazı</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typhus/Paratyphus	<i>Tifo/Paratifo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*Ardışık maddelerden hangilerini tüketiyorsunuz? Lütfen sadece uygun seçenekleri işaretleyin.*

		Ja/ evet	Nein/ hayır
Alkohol	<i>Alkol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotin/Tabak	<i>Nikotin/Tütün/Sigara</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Drogen	<i>Diğer uyuşturucu maddeler</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Drogen (auch Cannabis).	<i>Ben uyuşturucu kullanıyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ich trinke Alkohol.</i>	<i>Ben alkol alıyorum/Ben içki içiyorum.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>